REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL
(Paris)

H. Baruk, Bidermann et Albane. ***Tuberculose et démence précoce. Réactions allergiques et encéphalite toxique. Recherches biologiques et expérimentales*** (*Paris Médical*, t. XXII, n° 35, 27 Août 1932). — L'observation clinique et biologique d'un grand nombre de déments précoces atteints de diverses localisations tuberculeuses a montré chez eux une allure évolutive relativement torpide et parfois abortive des lésions bacillaires en même temps que des réactions allergiques remarquablement intenses. Il se peut que les manifestations démentielles soient sous la dépendance de la fixation à petites doses sur des centres nerveux de poisons tuberculeux diffusibles.

Pour essayer de mettre en évidence cette fixation de poison ou de produits tuberculeux sur le système nerveux, B., B. et A. ont fait quelques recherches expérimentales. Chez un cobaye, préalablement tuberculisé discrètement et allergique, l'injection de liquide céphalo-rachidien de deux démentes précoces a déterminé au point de l'inoculation d'abord un nodule saillant, puis une ulcération à bords taillés à pic, accidents rappelant le phénomène de Koch. La réaction se produisit dans un cas douze heures après l'injection; dans l'autre, elle fut beaucoup plus tardive. Chez un autre cobaye, tuberculisé par injection sous-cutanée de 5 cmc de liquide de pleurésie tuberculeuse, l'injection de 6 cmc de liquide céphalo-rachidien d'une démente précoce ne produisit aucune réaction au point de l'inoculation, mais des réactions nerveuses: tendance à l'isolement, impulsions brusques et hyperkinésie, enfin crises d'épilepsie et paralysie. Le cerveau de ce cobaye était certainement porteur de virus tuberculeux, puisqu'il s'est montré virulent pour un autre cochon d'Inde, mais ne présentait pas de lésions anatomiques nettes.

Ces faits permettent de se demander si à côté des lésions anatomiques bacillaires classiques des méninges et du système nerveux, la tuberculose n'est pas susceptible de déterminer de véritables encéphalites toxiques dues à la fixation diffuse, sur le système nerveux, de poisons capables de troubler profondément le fonctionnement cellulaire.

ROBERT CLÉMENT.

Truffert. ***Le phlegmon du plancher de la bouche (Etude topographique), ses voies d'accès*** (*Paris Médical*, t. XXII, n° 36, 3 Septembre 1932). — T. insiste sur la nécessité de bien définir l'angine de Ludwig, sous peine de confondre sous ce nom générique des affections très dissemblables. Il reprend la description de la loge viscérale sous-maxillaire; suivant les conceptions des aponévroses du cou qu'il a préalablement exposées, « la glande sous-maxillaire n'a qu'une situation cervicale d'emprunt dans la région sous-maxillaire anatomique. Elle est située dans une bonne aponévrose épaisse et disséquable, évagination de la loge viscérale dont la paroi est constituée par les aponévroses qui les renforcent ». De sorte que pour atteindre un phlegmon du plancher de la bouche, situé par conséquent au-dessus du mylo-hyoïdien, il faut drainer par la périphérie. L'incision médiane est donc insuffisante. T. propose une « incision curviligne allant de la pointe du menton à un bon travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire; le sommet de la courbe répondant à la petite corne de l'os hyoïde ». Après incision des plans superficiels, il faut débrider dans la profondeur. Le premier repère est le ventre antérieur du digastrique et le pôle antérieur de la sous-maxillaire; le deuxième, le bord postérieur du mylo-hyoïdien. Le drainage est réalisé par un orifice compris entre le mylo-hyoïdien, la face interne de la mandibule et le corps de la sous-maxillaire.

C. RUPPE.

Muller et A. Quénée. ***Les séquelles tétaniques. Séquelles mixtes et toxiniennes. Responsabilité de chacun de ces facteurs*** (*Paris Médical*, tome XXII, n° 39, 24 Septembre 1932). — Après guérison, avec sérothérapie, les tétaniques présentent souvent des séquelles, les unes relevant de la toxine tétanique, les autres sont à la fois sériques et tétaniques.

Dans 4 observations, où existaient des séquelles à type de polynévrite, soit purement douloureuses, soit avec parésie, M. et Q. se sont ingéniés à faire la part de ce qui revient à la toxine tétanique et de ce qui revient au sérum. Dans un cas, l'absence de toute sérothérapie enlève tout doute à ce sujet. De toute façon, l'expérimentation et l'observation clinique montrant indubitablement le neurotropisme de la toxine tétanique, il ne paraît pas possible de rejeter au second plan, dans la pathogénie des paralysies post-sérothérapiques, l'action de la toxine tétanique. Elle semble intervenir sinon davantage, du moins au même degré que l'albumine du sérum.

Un symptôme peut servir à faire la discrimination entre les accidents attribuables au sérum et ceux relevant de la toxine: l'hypoexcitabilité électrique est plutôt de règle dans le premier cas, tandis que l'on trouve exclusivement de l'hyperexcitabilité dans les accidents post-tétaniques purs.

ROBERT CLÉMENT.

G. Guillain et P. Mollaret. ***La valeur de la radiothérapie dans les tumeurs hypophysaires*** (*Paris Médical*, t. XXII, n° 40, 1er Octobre 1932). — Les seules données cliniques et radiologiques ne permettent pas toujours de déduire le type histologique et partant le degré de radio-sensibilité d'une tumeur hypophysaire; on est souvent embarrassé sur le choix de la thérapeutique à préconiser, intervention chirurgicale ou radiothérapie.

Malgré ses très beaux succès, la chirurgie des tumeurs hypophysaires reste grevée, même entre les mains d'opérateurs spécialisés, d'une mortalité dont on ne peut pas ne pas tenir compte; la radiothérapie, qui a perfectionné ses procédés, conserve pour elle sa bénignité et ses facilités d'application.

Chez un cuisinier de 41 ans, une tumeur hypophysaire se manifestant surtout par un syndrome d'hypertension intra-cranienne avec crises de céphalées et modifications importantes du psychisme, et par des modifications morphologiques discutables, fut localisée par les troubles oculaires (hémimianopsie bitemporale) et par la radiographie. La radiothérapie profonde donna des résultats très favorables quoique lents à acquérir: à partir du deuxième mois, la céphalée et les troubles psychiques s'améliorent, l'état général est meilleur; ce n'est que huit mois après que le sujet commence à distinguer les objets du côté droit, l'hémianopsie bitemporale n'est pas modifiée. On peut espérer que les progrès ne sont pas terminés et qu'une nouvelle série d'irradiation augmentera l'acuité visuelle de l'œil droit.

Il ne faut pas opposer radiothérapie et chirurgie; certaines considérations tirées de l'âge des malades, de leur état général, de leur psychisme peuvent indiquer la radiothérapie profonde. Si l'amélioration des troubles visuels ne se produit pas dans un certain délai, si la symptomatologie s'accentue, il faut recourir à l'intervention chirurgicale.

ROBERT CLÉMENT.

J. Lhermitte. ***L'hypertrophie musculaire apparente consécutive aux lésions chirurgicales et médicales des nerfs périphériques*** (*Paris Médical*, t. XXII, n° 40, 1er Octobre 1932). — Les lésions traumatiques des nerfs et tout particulièrement du nerf sciatique, de même que les altérations spontanées : névrites apoplectiformes ou névrites simples, peuvent donner naissance au lieu de l'atrophie classique à une hypertrophie musculaire apparente, à une pseudo-hypertrophie liée à un processus de myosclérolipomatose, dépendant de perturbations du régime vasculaire créées par l'atteinte des fibres sympathiques incluses dans les troncs nerveux et enlaçant les ramifications vasculaires. Contrairement à l'hypertrophie musculaire vraie, qui demande pour sa réalisation soit l'augmentation volumétrique (hypertrophie) soit l'augmentation numérique (hyperplasie) des éléments contractiles, deux processus d'évolution lente, l'hypertrophie apparente peut apparaître avec une rapidité déconcertante: en moins de six mois, dans un cas; en trente jours, dans un autre.

Il ne faut pas confondre la myosclérolipomatose, séquelle d'atteinte des nerfs périphériques, avec la contracture ischémique de Volkmann.

La nature sympathique de ces lésions est basée sur les constatations suivantes: augmentation de la température locale, augmentation des oscillations artérielles, amplification considérable de l'indice oscillométrique, réduction des modifications sphygmomanométriques du côté malade au cours de l'épreuve du nitrite d'amyle, témoignant de modifications importantes de la circulation sanguine évidemment liées à des perturbations sympathiques.

ROBERT CLÉMENT.

LE CONCOURS MÉDICAL
(Paris)

M. Loutchich. ***Effets du rhodanate de potassium dans le rhumatisme chronique*** (*Le Concours Médical*, t. LIV, n° 40, 2 Octobre 1932). — Le rhodanate de potassium est regardé comme un succédané des combinaisons de l'iode. Il donnerait des résultats équivalents à ceux de l'iode et, ne contenant aucun atome de ce métalloïde, éviterait tout danger d'iodisme.

Chez un homme de 65 ans, présentant un rhumatisme chronique déformant, avec douleurs dans les lombes et dans la main et l'avant-bras gauches, persistant depuis six mois sans aucun effet des diverses thérapeutiques essayées (pommade salicylée et iodée, teinture d'iode, peptonate d'iode, extrait thyroïdien, extrait de cassis par la bouche, injections hypodermiques de camphre, de salicylate de benzyle), l'administration de rhodanate de potassium produisit une grosse amélioration. La dose quotidienne fut de XL à LX gouttes d'une solution titrée à 1 centigr. par goutte. Rapidement, les douleurs se sont atténuées; à la fin du cinquième flacon, l'aspect fuselé des doigts, les troubles cutanés avaient disparu; les ongles repoussaient avec leur aspect normal; les atrophies et les ankyloses articulaires n'étaient que légèrement améliorées.

ROBERT CLÉMENT.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

H. Claude et **H. Ey.** ***Evolution des idées sur l'hallucination*** (*Encéphale*, t. XXVII, nº 5, Mai 1932). — Étude critique cherchant à préciser, à travers les descriptions de C. et E., les critères psychologiques de la notion d'hallucination.

Esquirol lui assigne les deux caractères essentiels de « sensorialité » (c'est une perception d'un sens), et d'« objectivité spatiale » (le sujet la perçoit à l'extérieur).

« Perception sans objet », l'hallucination devient bientôt, par une évolution rapide chez la plupart des auteurs, le résultat d'une excitation mécanique morbide sur les centres.

Mais la découverte des hallucinations psychiques, des pseudo-hallucinations, a bouleversé ces vues simplistes. Ce qui fait l'hallucination, c'est la croyance à la perception irréelle, croyance qui peut s'épanouir seulement dans une conscience déjà troublée, affaiblie par des imprégnations toxiques ou des perturbations affectives profondes.

G. d'Heucqueville.

H. Claude et **H. Ey.** ***Hallucinose et hallucination : les théories neurologiques des phénomènes psycho-sensoriels*** (*Encéphale*, t. XXVII, nº 8, Octobre 1932). — Exposé critique très complet avec bibliographie. C. et E. retracent notamment l'histoire des discussions qui s'élevèrent sur l'existence des hallucinations auditives d'origine périphérique. Ils rapportent les principaux exemples de « phantasmes » consignés dans la littérature. Le cas de Barat compte parmi les plus instructifs : cas d'une aveugle, affaiblie, sénile, ignorant son infirmité, qui continue à voir, par « fabulation d'images », son intérieur habituel et à s'y mouvoir.

Le passage de l'hallucinose à l'hallucination exige un état psychique spécial, état de déficit comme celui de la malade de Barat. Tels sont les « dreamy states » des auteurs anglais, souvent état d'obnubilation épileptique. Tels encore les phénomènes d'hallucinose pédonculaire, décrits par Lhermitte, qui naissent, pour cet auteur, à la faveur d'un trouble de la fonction du sommeil.

G. d'Heucqueville.

J. Lhermitte. ***Pathologie générale du système végétatif cérébral : les syndromes infundibulo-tubériens syphilitiques*** (*Encéphale*, t. XXVII, nº 8, Octobre 1932). — La syphilis présente une affinité élective pour les centres végétatifs de la base du cerveau : elle est capable de créer des syndromes infundibulo-tubériens, surtout globaux; à lésions diffuses.

Le syndrome infundibulo-tubérien total comporte 4 classes de troubles, portant sur les fonctions du métabolisme hydrique, du métabolisme glucosé, les fonctions hypnique et sexuelle. On observe d'ordinaire la tétrade : *polyurie, glycosurie, hypersomnie, atrophie* des organes génitaux et perte des automatismes génitaux. Cette symptomatologie n'appartient pas aux lésions hypophysaires, comme on l'a cru longtemps, car l'hypophyse à l'autopsie, la selle turcique à la radio, sont intactes.

L. rappelle les plus notables observations de la littérature, sous les rubriques : *syndromes globaux, syndromes dissociés* (notamment de Babinski-Fröhlich ou adiposo-génital, et de Kurt-Mendel ou diabète insipide syphilitique avec paralysie de la VIº paire), *hypersomnies.*

L'hérédo-syphilis infundibulo-tubérienne est sans doute fréquente; on n'en possède encore que peu d'observations sûres.

Les traitements spécifiques habituels sont peu efficaces. La rachicentèse a parfois donné de bons résultats.

G. d'Heucqueville.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCREAS ET DE LA RATE
(Paris)

R. Goiffon. ***Le coefficient de Maillard est-il périmé? Proposition d'un autre coefficient. Son intérêt dans les affections hépatiques*** (*Revue Medico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, tome VII, nº 4, Juillet-Août 1932). — Le coefficient d'imperfection uréogénique de Maillard $\frac{\text{N ammoniacal}}{\text{N de l'urée + N ammoniacal}}$ donne le rapport de l'azote de l'ammoniaque à l'azote des corps uréifiables (urée + ammoniaque). Test d'insuffisance hépatique, il révèle ainsi le trouble de la fonction azotée du foie, du rôle uréopoïétique de cet organe à partir de l'ammoniaque. Mais on sait aujourd'hui que l'ammoniaque urinaire se forme dans le rein, et représente un processus de défense contre l'acidose. Il paraît illogique de le mettre en parallèle avec l'urée, formée dans le foie. Cependant, l'urée n'est qu'un reflet indirect des acides organiques non brûlés. Mais, en réalité, le taux de l'ammoniaque urinaire varie avec la quantité de ces acides non brûlés, qui sont accrus, quand le foie est déficient. Ainsi le coefficient de Maillard redevient de ce fait un test indirect d'insuffisance hépatique. G. propose donc un rapport plus rationnel, un coefficient d'équilibre acide-base en fonction de l'alimentation azotée. Ce rapport AT/U, ou de l'acidité totale urinaire à l'urée est de 32 à 38. Il doit être établi sur les urines de vingt-quatre heures. Ses avantages sont nombreux : c'est un rapport plus direct, qui, dans la pratique, n'est pas lié aux variations du régime en albuminoïdes et évite les risques de fermentation des urines. On peut calculer son équivalence avec le coefficient de Maillard. Traduisant tous deux l'acidose, ils s'élèvent dans certaines insuffisances hépatiques. Mais, en outre, le rapport AT/U est souvent abaissé au cours des déficiences du foie. Il s'agirait alors d'une alcalose par insuffisance des sécrétions alcalines hépatiques et pancréatiques. Il a donc cette qualité d'avoir une double signification, par son augmentation et par son abaissement.

A. Escalier.

CAHIERS DE PRATIQUE MEDICO-CHIRURGICALE
(Avignon)

F. Bec et **Vassilieff.** ***A propos du traitement des vomissements graves de la grossesse par le sérum de jument en état de gestation*** (*Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, t. VI, nº 4, Juillet-Août 1932). — B. et V. commencent leur article par un exposé clinique des vomissements. Relevons, en particulier, ce qu'ils signalent de l'estomac : une douleur épigastrique qui est une conséquence des vomissements, un aspect radioscopique normal de l'estomac (critique du rôle pathogénique que l'on a voulu faire jouer à la poche à air), une aérophagie qui n'est pas plus considérable que chez les non vomisseuses, de la ptose gastrique dans quelques cas, mais pas dans tous, et aucune modification constante du suc gastrique.

B. et V. critiquent ensuite la théorie des vomissements par lésion gastrique (la « dyspepsie, invoquée par Leven, est assez hypothétique »), la théorie réflexe, la théorie du déséquilibre vago-sympathique, la théorie toxique. Ils s'arrêtent alors longuement à la théorie qui invoque une sensibilisation de la mère à une albumine étrangère, cette albumine étant l'extrait placentaire. Mais, disent-ils, l'extrait placentaire n'agit pas comme un antigène ordinaire : jamais une sensibilisation ne disparaît brusquement comme c'est le cas pour les vomissements au quatrième mois ou plus tôt en cas d'avortement thérapeutique. Par ailleurs, Cohen Solal a vu que l'injection d'extrait placentaire de vomisseuses à des cobayes est inoffensive, mais qu'elle détermine un shock anaphylactique si on a ajouté à l'extrait un quelconque sérum humain. Or, le même effet n'est pas obtenu avec le placenta d'une femme non vomisseuse : il y a, donc, placenta et placenta (Mais, notent B. et V., ces expériences ne sont pas convaincantes et l'extrait de placenta *jeune* de vomisseuses n'est pas comparable à l'extrait *sénescent* de placenta à terme). Une autre série d'expériences a consisté en cutiréactions par extraits placentaires; les vomisseuses ont toujours une cutipositive, que l'extrait placentaire provienne d'une vomisseuse ou non. B. et V. objectent que, dans ces expériences, il s'agit de n'importe quel placenta, alors que, dans les précédentes, il n'y avait à incriminer que les placentas de vomisseuses. Ils relèvent, d'ailleurs, que certains placentas de non vomisseuses sont parfois toxique. Ils critiquent aussi des expériences où, après avoir sensibilisé un cobaye à l'extrait placentaire, on lui a injecté du sperme du procréateur.

Pour B. et V., les vomissements sont dus à l'apport de produits fœtaux qui ne sont toxiques que pour l'organisme dépourvu d'une substance protectrice *x*. Ces produits, la réaction d'Adberhalden en montre l'existence. Or, la réaction est moins intense chez les vomisseuses. La substance *x* se trouve dans le sérum d'une femme enceinte normale ou dans le sérum d'un animal en état de grossesse : par l'injection de ces sérums, on guérit les vomisseuses et, en particulier, B. et V. emploient un sérum de juments pleines qui, dans 12 cas, leur a donné d'excellents résultats.

Si, en soignant le rein, le foie ou l'état vagotonique, on améliore certaines vomisseuses, c'est qu'on leur a donné le temps de fabriquer les substances protectrices *x*.

Henri Vignes.

REVUE MEDICALE DE LA FRANCHE-COMTE
(Besançon)

Gaudiot. ***Essais thérapeutiques avec l'oxygène ozoné*** (*Revue médicale de Franche-Comté*, 15 Juillet 1932). — G. rappelle que l'ozone concentré est toxique et doit être formellement contre-indiqué en inhalations, sauf à doses extrêmement faibles. Par contre, ce gaz possède des qualités antiseptiques et cicatrisantes qui permettent son utilisation en jet sur les plaies ou inflammations superficielles. Tonique et reconstituant, il peut être absorbé dans l'organisme en injections sous-cutanées et en lavements. Il y aurait lieu de faire de nouvelles recherches pour compléter la posologie et les indications de l'ozonothérapie.

A. Ravina.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

W. Enke et **K. Wegscheider.** ***Le traitement de la chorée de Sydenham*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, nº 22, 27 Mai 1932). — E. et W. font la critique des nouvelles méthodes introduites récemment dans la thérapeutique de la chorée : la cure de nirvanol, qui comporte des risques, et qui exige la surveillance du malade en maison de santé, — la cure d'adrénaline et la cure de salvarsan, qui ne sont pas exemptes d'inconvénients, et dont les succès sont très inconstants. La technique qu'ils emploient depuis trois ou quatre ans est une thérapeutique combinée, et fondée sur trois principes : 1º La lutte contre l'infection causale; 2º la sédation du système nerveux par des médicaments appropriés; 3º l'éloignement des excitants extérieurs, avec cure d'isolement et d'hydrothérapie.

Le repos au lit et l'isolement doivent être absolus. Les malades sont placés, 3 fois par jour, pendant une heure, dans un grand enveloppement humide chaud. Ils prennent 3 fois par jour une dragée d'une spécialité composée de salicylate de chaux, de lactate de chaux et d'acétyline, qui agit à la fois comme médication salicylée de tolérance facile, et comme médication calcique. Ils absorbent, en outre, 3 fois par jour, 1 ou 2 centigr. de phényléthylmalonylurée (luminalettes) et de la liqueur de Fowler à dose croissante de II à X gouttes. Le malade n'est autorisé à quitter son lit et le traitement n'est interrompu qu'au moment où les mouvements choréiques ont complètement cessé; à ce moment, on commence une cure reconstituante.

Les cas traités sont au nombre de 18, dont 17 de chorée de Sydenham, et un de chorée gravidique. Le traitement n'expose à aucun accident. Il provoque des améliorations à peu près constantes dans des délais qui ne dépassent généralement pas deux à trois semaines, même dans les formes les plus sévères. Il évite presque toujours les récidives (une seule récidive sur 14 cas suivis). Enfin, il peut être institué à domicile, sans exiger le transport en maison de santé.

Deux cas de chorée qui évoluaient vers la chronicité, respectivement depuis six ans et huit ans, ont été guéris en huit ou neuf semaines, et sont exempts de récidive depuis trois ans et demi et six mois. Même les cas les plus sévères n'ont pas demandé plus de huit ou neuf semaines de traitement.

Trois cas d'hémichorée ont été guéris en cinq à quatorze jours.

La chorée gravidique, très intense, a disparu en un mois, et n'a pas récidivé. Mais il a fallu, au début du traitement, remplacer la phényléthylmalonylurée par l'avertine, pour calmer l'intensité dangereuse des mouvements. J. Mouzon.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Godo Loehr. *Contribution à la question du diabète extrainsulaire (rénal)* (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 27, 2 Juillet 1932). — Le diabète « rénal », caractérisé par une glycosurie indépendante de l'administration des hydrates de carbone et résistant à l'insuline, joue également un rôle dans beaucoup de diabètes vrais. En effet, la glycosurie ne disparaît pas toujours complètement sous l'influence de l'insuline. Entre le diabète extra-insulaire et le diabète vrai, il y a donc des cas mixtes. Ces cas extra-insulaires doivent être répartis en quatre groupes: 1° le sucre du sang est normal et la glycosurie, qui est modérée, persiste indéfiniment; 2° glycosurie de la gestation; 3° glycosurie des affections rénales; 4° glycosurie grave avec glycémie normale ou inférieure à la normale.

C'est à ce dernier groupe qu'appartient le cas observé par L. qui concerne une femme née en 1903, dont une sœur serait diabétique et qui a été traitée en 1923, pour diabète. En 1929, on aurait constaté de nouveau du sucre dans l'urine. C'est cette année-là qu'elle commence à être observée d'une façon régulière par L. qui constate une glycosurie très complètement indépendante de l'administration des hydrates de carbone (29 et 27,3 gr. pour un régime comportant 2,3 à 2,4 d'hydrates de carbone contre 46,4 et 44,2 pour un régime comportant 127 gr. d'hydrates de carbone) et résistant à l'insuline avec tendance à l'acétonurie (8,7 à 14,3 gr. pour un régime comportant 2 gr. 3 d'hydrates de carbone) et avec glycémie extraordinairement basse (79 à 91 milligr. pour 100 gr. avec un régime comportant 40 gr. d'hydrates de carbone). L'administration de dextrose provoque une augmentation du sucre du sang avec retour au chiffre initial seulement au bout de six heures.

Au sujet de cette observation, L. fait remarquer qu'actuellement on n'admet plus que dans les états de ce genre, il y ait un trouble local du rein, d'abord parce que ces glycosuries sont indépendantes de l'administration d'hydrates de carbone. En revanche, il y a beaucoup d'analogies entre ces glycosuries et celles de la gestation, dans lesquelles on est amené à admettre une intervention de l'hypophyse, de la thyroïde et des glandes génitales sur le système adrénalinique.

D'autre part, dans l'acromégalie, on a souvent observé de la glycosurie qui doit être considérée comme extra-insulaire. L'action des extraits d'hypophyse et l'ablation de cette glande (Thannhauser, Houssay) ont également montré qu'il y a une corrélation entre l'appareil insulaire et les fonctions hypophysaires. Falta admet d'ailleurs que l'hypophyse aurait pour fonction la production d'une anti-insuline. C'est donc à une dysfonction de cette glande qu'on devrait rattacher les diabètes rénaux et extra-insulaires. P.-E. Morhardt.

A. Terbrueggen et H. Heinlein. *Hypoglycémie après irradiation expérimentale du pancréas* (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 27, 2 Juillet 1932). — A l'occasion d'une observation concernant une femme de 30 ans qui présente des crises d'hypoglycémie du fait d'adénomes multiples des îlots de Langerhans, T. et H. ont cherché à reproduire une hypoglycémie expérimentale en recourant à l'irradiation du pancréas exposé à l'air. Ils sont effectivement arrivés ainsi à provoquer une hypoglycémie mortelle avec dégénérescence complète de la partie excrétrice de la glande, tandis que les îlots étaient bien conservés ou même hypertrophiques.

Cette hypoglycémie s'est accompagnée d'une disparition complète du glycogène du foie, des muscles et des autres organes. L'administration de glucose fait disparaître les crampes, l'hypothermie, le collapsus veineux et fait reparaître le glycogène dans le foie et dans les muscles.

Pendant cet état d'hypoglycémie, il a été constaté également une disparition de la graisse des organes, sauf dans les cellules de Kupffer. Il n'a pas été constaté de phénomènes de dégénérescence notamment dans le cerveau, mais il est survenu une stase des capillaires dans tous les organes. P.-E. Morhardt.

Heinrich Eufinger. *Propriété émulsionnante du sérum de parturiente* (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 27, 2 Juillet 1932). — Les recherches de E. ont eu pour point de départ une étude du mécanisme par lequel des dépôts de graisse arrivent parfois à se former d'une façon extrêmement rapide. Il y a lieu, en effet, de penser que dans certaines circonstances, les humeurs de l'organisme favorisent une émulsion des graisses par l'eau et par suite la constitution de réserves dans le tissu cellulaire sous-cutané. Des phénomènes de ce genre doivent s'observer pendant la gestation et surtout pendant la période de lactation.

E. a été ainsi amené à mélanger de l'huile d'olive avec du sérum de patientes, additionné d'une trace de rouge Sudan. Pour cela, le sérum est recueilli à jeun, immédiatement mis à la glacière et utilisé dans les vingt-quatre heures qui suivent. L'huile d'olive doit avoir un degré d'acidité de 4,6. Dans de petits tubes calibrés, on met 0,5 cmc de sérum, puis on ajoute l'huile et enfin quelques grains de rouge. On agite pendant trois minutes, on replace les tubes dans la glacière et on fait la lecture au bout de cinq heures. A ce moment, on constate l'existence d'une couche de sérum, puis d'une couche émulsionnée, et au-dessus une couche d'huile colorée en rose.

Au cours de ces recherches, il a été constaté que, pour un même sérum, la couche d'émulsion atteint le maximum d'épaisseur quand à 0,5 de sérum on ajoute 1,5 d'huile. C'est cette proportion qui a été utilisée pour l'étude de 20 sérums de femmes normales. L'émulsion atteint alors 2,7 mm. d'épaisseur. Il a été examiné en outre 310 gestantes. Entre le premier et le quatrième mois, l'épaisseur de la couche émulsionnée a été de 6,2 mm., entre le cinquième et le huitième mois de 12,1 et entre le neuvième et le dixième mois (lunaire) 12,5. Pendant l'accouchement, cette épaisseur est de 11,8 et pendant le post-partum de 6,7.

On peut se demander si cette augmentation de l'émulsion doit être mise en rapport avec une saponification due à une modification des cations dans le sérum de gestante. Mais, en cas de gestation, la somme des cations du sang diminue et d'ailleurs en utilisant des huiles d'olive dont le degré d'acidité a varié de 1 à 2, le pouvoir d'émulsionner n'a pas été modifié. Il faut donc songer plutôt à une augmentation de la cholestérine et admettre que les relations entre la partie hydrophobe et la partie hydrophile de la cholestérine expliquent que, dans certains cas, il se dépose surtout des graisses et dans d'autres cas surtout de l'eau dans les tissus. La propriété du sérum constatée pendant la gestation doit donc être mise en rapport avec le retard dans l'élimination d'eau et la tendance aux œdèmes qui s'observe alors. Chez la gestante, le sérum acquiert la propriété d'émulsionner les graisses et l'eau et de favoriser les dépôts de mélanges riches en eau. P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

Himmelmann. *Etude de la perforation du tractus gastro-intestinal pendant et après le passage de la bouillie opaque radiologique* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 39, 23 Septembre 1932). — Durant deux ans d'observations, sur 17 cas de perforations du tube digestif, 5 fois la perforation se produisit à l'occasion du passage de la bouillie barytée.

1 cas d'ulcéro-cancer avec sténose pylorique: perforation quatre jours après le repas d'épreuve avec passage de bouillie barytée dans la cavité abdominale.

1 cas d'ulcère de l'antre perforé au moment même du repas baryté, de telle sorte que l'image radiologique révéla la perforation.

1 cas d'ulcère duodénal chez lequel l'accident se produisit le troisième jour, alors que la bouillie n'était plus dans l'estomac.

1 cas de perforation bouchée d'un ulcère duodénal, trois jours après le repas d'épreuve.

1 cas avec perforation quatre jours après la radio.

Les recherches bibliographiques de H. lui ont permis de retrouver 39 cas semblables, de telle sorte qu'il croit pouvoir affirmer une relation de cause à effet entre l'ingestion de bouillie barytée et ces perforations.

Diverses circonstances étiologiques conditionnent cet accident qui constitue une complication grave.

Il est donc sage de n'entreprendre qu'avec prudence l'examen radiologique des estomacs qui présentent des lésions pariétales. G. Dreyfus-Sée.

J. Sellei. *Thérapeutique par les ferments de la sclérodermie et de l'acrosclérose (sclérodactylie* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 41, 7 Octobre 1932). — S. différencie nettement la vraie sclérodermie partielle ou diffuse

et l'acrosclérose ou sclérodactylie progressive et symétrique. La première peut s'observer chez les enfants, la deuxième touche exclusivement les adultes. L'acrosclérose débute habituellement par les mains et évolue symétriquement, atteignant rarement les pieds, mais presque constamment le visage. On note le masque de rétraction de la face avec apparition de rides multiples et profondes autour des orifices. Au niveau des mains prédominent les troubles vaso-moteurs, syncope ou asphyxie locale, parfois troubles trophiques allant jusqu'à l'ulcération et les lésions osseuses. Des névralgies, des phénomènes d'arthrite déformante complètent le tableau qui évolue progressivement. L'aspect peut rappeler celui de la maladie de Raynaud dont il diffère par l'atteinte de la face, l'absence de gangrène, l'existence d'altération de la peau.

Cette acrosclérose, modification angio-trophique cutanée, paraît nettement distincte de l'induration sclérodermique vraie. Alors que la sclérodactylie peut bénéficier d'intervention sur le sympathique, la sclérodermie semble résulter de troubles dans la répartition des ferments cutanés et pancréatiques.

Le traitement par les ferments pancréatiques, amylase, lipase et trypsine, administrés par voie buccale quotidiennement, est donc à préconiser dans la sclérodermie.

Il peut être utile d'y adjoindre du pancréas brut ou sous forme d'extrait, ainsi que des extraits duodénaux, gastriques et hépatiques. On obtiendra, grâce à ce traitement poursuivi régulièrement et longtemps, des régressions notables. Par contre, l'adjonction d'insuline n'a fourni aucun résultat alors qu'elle paraît agir de façon transitoire chez les acrosclérotiques qui réagissent souvent favorablement aux traitements hormonaux.

Ainsi, du point de vue thérapeutique, comme en ce qui concerne la clinique et la pathogénie, il importe de différencier ces 2 affections voisines en apparence, mais appartenant en réalité à des groupes nettement distincts.

G. Dreyfus-Sée.

E. Notger v. Oettingen. ***Traitement radiothérapique de l'érysipèle*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 41, 7 Octobre 1932). — Le traitement radiothérapique de l'érysipèle paraît avoir fourni à tous ceux qui l'ont utilisé des résultats si satisfaisants qu'il est étonnant qu'il ne se soit pas répandu dans la pratique. L'auteur passe en revue les dernières statistiques publiées: toutes dénotent une guérison plus rapide et complète que par le traitement médical dans la majorité des cas. Chez des enfants de 2 à 4 ans aussi bien que chez des vieillards, le traitement a été employé sans incident.

Il importe d'insister sur la rapidité d'action, l'absence de risque, le raccourcissement de durée de la période fébrile, diminuant ainsi la fatigue et le retentissement général de la maladie. Les rares récidives observées ont cédé en peu de temps à la reprise du traitement.

La radiothérapie apparaît donc à N. comme le traitement de choix de l'érysipèle et il y aurait intérêt à la faire pratiquer dans un plus grand nombre de cas.

G. Dreyfus-Sée.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
(Berlin)

E. Reye. ***L'agranulocytose*** (*Fortschritte der Medizin*, t. L, 10 Juin 1932). — L'étude de R. s'appuie sur 38 observations personnelles, recueillies depuis 1922.

La statistique qu'il reproduit montre que l'agranulocytose paraît devenir de plus en plus fréquente d'année en année, qu'elle peut atteindre tous les âges (de 4 ans à 79 ans), mais qu'elle est rare dans l'enfance, et plus fréquente dans le sexe féminin; enfin que la mortalité reste élevée, et atteint 81,6 pour 100, mais que la guérison n'est cependant pas exceptionnelle. R. en a rassemblé 7 cas, presque tous pendant ces dernières années. Aucun de ces cas n'avait été diagnostiqué par le médecin praticien qui avait adressé le malade.

R. combat l'opinion d'après laquelle l'agranulocytose devrait être comprise comme un type de septicémie particulière, accompagnée d'une disparition des granulocytes qui lui serait secondaire. Dans sa description, la phase clinique manifeste de l'agranulocytose est précédée d'une période plus ou moins longue, qui dure des jours, des semaines ou des mois, et pendant laquelle, sans aucun symptôme inquiétant, le chiffre des globules blancs est déjà très faible (1.000 à 2.000), avec un pourcentage lymphocytaire de 80 à 90 pour 100. Pendant cette période, les malades n'éprouvent rien qu'un malaise vague ou une fatigue anormale, qui se sont développés à la faveur d'une infection initiale ou d'une intoxication (novarsénobenzol, par exemple).

Des états de ce genre sont susceptibles de guérir, comme R. a pu le constater, sans avoir entraîné d'accidents graves. Mais ils constituent une menace grave, car l'organisme n'est plus en état de se défendre. Qu'une infection locale survienne, la déchéance des défenses granulocytaires se manifeste par des nécroses tissulaires, qui sont souvent le point de départ d'une infection générale septicémique. Celle-ci n'est donc que le dernier terme de l'affection.

A cet égard, il relate l'observation intéressante d'une femme de 45 ans, qui avait présenté une angine en Juillet 1928. A la suite de cet épisode, cette malade était restée fatiguée, avec de l'inappétence, des vertiges. Le 14 Septembre, cette femme vint à la clinique, où l'examen général resta absolument négatif, mais où l'examen du sang révéla: globules rouges 4.500.00; hémoglobine 80 pour 100; leucocytes 1.800; basophile 1; éosinophile 3; polynucléaires 11; lymphocytes 83; grands mono 2. Pendant deux mois, le sang fut examiné presque chaque jour, sans que l'on constatât de grosses modifications. Le chiffre des globules rouges ne baissait pas, mais celui des globules blancs oscillait de 700 à 2.000, avec un taux de polynucléaires de 2 à 10 pour 100. L'état général était relativement satisfaisant, et la malade avait même repris 1 kilogr. 500, si bien qu'elle sortit sur sa demande le 17 Novembre. Mais, le 30 Novembre, elle rappelait son médecin pour fatigue générale, constipation et douleurs abdominales; le 5 Décembre apparaissait une lésion œdémateuse, ulcéreuse et nécrotique de la région anale; le 7, la température s'élevait; le 8, l'état était typhoïde; l'examen hématologique montrait 220 leucocytes, avec 16 pour 100 de granulocytes, et la malade mourait le soir même.

R. relate quelques cas, où il a assisté à une brusque réapparition de granulocytes (de 800 à 7.000, de 90 à 3.700 en vingt-quatre heures), accompagnée d'une abondante suppuration de la lésion locale, comme si cette lésion avait réussi à stimuler la leucopoïèse. A moins de complication infectieuse, cette évolution était le premier terme de la guérison.

La seule intervention thérapeutique qui paraisse utile est la transfusion sanguine. La radiothérapie, selon la méthode de Friedmann, n'a donné à R. que des échecs.

J. Mouzon.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

Jakob Mollerstrom. ***Périodicité de 24 heures du métabolisme des fonctions rythmiques du foie ainsi que leur signification pour le traitement insulinique du diabète*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXIII, n° 5, 18 Août 1932). — Si on donne à un diabétique une alimentation qui dépasse légèrement les limites de la tolérance, on constate que la glycosurie varie d'un jour à l'autre. En outre, la glycosurie varie suivant les repas: après certains d'entre eux, elle est élevée; après d'autres au contraire, elle est insignifiante. Ces phénomènes possèdent une certaine périodicité. L'élimination de sucre chez un sujet maintenu à un régime constant pendant vingt-trois jours a permis de constater que le premier et le troisième repas sont suivis d'une forte élévation de la glycosurie qui manque par contre après le second repas. A ce moment, il doit y avoir une tendance spontanée à l'abaissement du sucre du sang, de telle sorte que malgré l'administration le chiffre reste plus bas que pendant le jeûne.

Cette périodicité endogène varie avec les sujets. Elle varie également chez un même sujet dans une certaine mesure suivant les jours. On doit chercher l'explication dans la rythmicité des fonctions hépatiques découvertes par Forsgren, caractérisées par la production alternante de glycogène et de bile. Pendant la période d'assimilation avec production de glycogène, il y a tendance à la rétention des hydrates de carbone et abaissement de la glycémie et de la glycosurie. Pendant la période de dissimilation, c'est l'inverse qui est constaté.

Cette périodicité dans le métabolisme des hydrates de carbone influe sur le résultat des épreuves de surcharges alimentaires provoquées chez les diabétiques. Elle a une influence décisive au point de vue d'une thérapeutique rationnelle par l'insuline.

P.-E. Morhardt.

J. Schloss. ***La signification de la graisse et de l'albumine dans le régime du diabète sucré. I. Observations comparatives sur des combinaisons à deux principes alimentaires, pauvres en graisse ou pauvres en albumines*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXIII, n° 6, 15 Septembre 1932). — On admet de plus en plus que dans le traitement des diabétiques, on doit d'abord éviter la suralimentation et, en outre, renoncer complètement à limiter les hydrates de carbones, parfois même, comme Stolte, dans le diabète infantile, à recourir au régime libre. Parmi les méthodes utilisées figure le système à deux principes alimentaires. Les résultats de ce système doivent être jugés sur le comportement de la glycosurie et de la glycémie puis sur l'élimination des corps cétoniques, sur la variation du poids du corps, les sensations subjectives, etc. Ce système à deux principes s'est montré supérieur au système ordinaire à trois principes alimentaires et doit être considéré, même s'il comporte le même nombre de calories et la même quantité d'hydrates de carbone, comme un régime de ménagement. C'est le régime à deux principes albumines-hydrates de carbone qui donne les meilleurs résultats. Au début, on observe une modification profonde du métabolisme avec augmentation du volume des urines. Le pouvoir de saturation de ce régime est plus grand que sa valeur alimentaire.

Le régime à deux principes, hydrates de carbone-graisses, possède un effet immédiat mais passager. Il permet d'administrer une très grande quantité de calories.

Un passage alternatif rapide d'un de ces deux régimes à l'autre n'a pas d'effets favorables tandis qu'un de ces deux régimes poursuivis pendant un certain temps donne des résultats satisfaisants. Les insuccès doivent être attribués à une application défectueuse du système. Avec le régime graisses-hydrates de carbone (pauvre en protéines) on n'observe pas d'œdème insulinique, alors même que le sel n'est pas réduit.

Les névroses et plus spécialement les thyrotoxicoses constituent des contre-indications pour le régime riche en protéines. En cas de diabète compliqué de Basedow, un régime graisses-hydrates de

carbone avec total des calories limité paraît être le régime de choix.

Ces régimes sont sans action sur la tension artérielle des diabétiques. D'une façon générale, le régime graisses-hydrates de carbone a donné à S. des résultats un peu supérieurs au régime protéines-hydrates de carbones.

P.-E. Morhardt.

Walter Ruhmann. ***La nature des indurations musculaires*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXIII, n° 6, 15 Septembre 1932). — R., après avoir rappelé les théories par lesquelles on explique les indurations musculaires douloureuses observées chez certains sujets, décrit ce symptôme et note spécialement que ces indurations ont une forme allongée dont la direction est parallèle aux fibres du muscle et siègent le plus souvent sur le tronc et sur la nuque, c'est-à-dire sur des muscles ayant principalement une fonction tonique, riches en sarcoplasme et vraisemblablement innervés par des nerfs végétatifs.

Chez une série de sujets normaux auxquels il a injecté une petite quantité d'une solution de suprarénine à 0,5 pour 1000 dans la partie supérieure ou moyenne du trapèze, cette injection provoque au bout de trois à six minutes une induration qui persiste généralement moins d'un quart d'heure et qui est faiblement douloureuse à la pression. Une solution d'acétylcholine à 2 pour 100 provoque des douleurs spontanées rappelant celles qui sont éprouvées par les sujets atteints de rhumatisme musculaire. Au bout de vingt minutes, il ne persiste rien.

Si on utilise de l'acide lactique, il apparaît, au bout de quelques secondes, 1, 2 ou 3 indurations en forme de fuseau ou de cordon très sensibles à la pression et disparaissant en une demi-heure. D'autres acides, comme l'acide phosphorique ou l'acide acétique, à une même concentration, ont agi beaucoup moins nettement et d'une façon beaucoup plus passagère.

Pour provoquer des indurations douloureuses durables, on a utilisé l'histamine chez le chien. On a procédé à l'examen histologique et constaté au centre de la région durcie une myosite diffuse avec infiltration leucocytaire.

Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que des toxines, des produits anormaux de désintégration ou des déchets du métabolisme musculaire ou encore des phénomènes allergiques peuvent provoquer une excitation de l'innervation végétative et des réactions du chimisme cellulaire avec production d'acide lactique ayant pour conséquence une augmentation du tonus de certains faisceaux musculaires. Ces substances nocives s'accumulent surtout là où la circulation et, par conséquent, les combustions sont insuffisantes. L'augmentation du tonus des muscles contribue d'ailleurs à gêner la circulation, c'est-à-dire à créer un cercle vicieux qui confère la chronicité à ces indurations musculaires.

P.-E. Morhardt.

Th. Johannes. ***La signification de la chronaxie en médecine interne. 3° communication : Modifications des réactions nerveuses par l'administration d'acides et d'alcalins*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXIV, n° 1, 23 Septembre 1932). — J. poursuit ses recherches (voir *La Presse Médicale* du 27 Mai 1932) en procédant, chez 27 sujets normaux, à l'étude des effets de l'administration d'acides et d'alcalins sur la chronaxie. La chronaxie a été en général mesurée sur le point proximal de l'extenseur commun des doigts de l'avant-bras gauche. Comme acidifiant, on a choisi le chlorure d'ammonium. En administrant ce médicament à la dose de 2 gr. par jour, on n'a rien constaté; avec 3 à 10 gr., la courbe s'est abaissée en moyenne de 27 pour 100 au-dessous du point de départ. En prolongeant l'administration de chlorure d'ammonium, on a fait parfois remonter la courbe jusqu'au chiffre normal et même au delà.

L'alcalinisation par le bicarbonate de soude même à doses élevées (80 à 96 gr.) provoque en général une légère élévation. Mais l'organisme paraît réaliser la compensation plus vite pour les alcalins que pour les acides.

L'hyperventilation a été pratiquée par 6 sujets et on a constaté que la courbe s'élève plus vite qu'en cas d'acidose par le chlorure d'ammonium puis revient au-dessous de la normale. S'il y avait alcalinisation préalable, les valeurs se sont élevées davantage et sont revenues plus lentement à la normale.

Dans la stase qui s'accompagne de modifications profondes de l'équilibre ionique, modifications qui sont caractérisées par une acidification des tissus, on a constaté un renforcement de la réaction avec élévation au-dessus de la normale en cas d'acidification et diminution de la réaction en cas d'alcalinisation.

Le travail de l'ergographe n'a pas montré de modifications bien nettes sauf dans 2 cas où l'acidification a augmenté le travail.

La faradisation a fait constater également que l'acidification renforce la réaction, c'est-à-dire donne des valeurs plus élevées avec retour plus lent à la normale. Pour J. ces faits confirment l'importance de ces substances acidifiantes ou alcalinisantes sur les fonctions du système nerveux et expliquent, par des actions de ce genre, le fait que beaucoup de nerveux préfèrent une alimentation alcaline alors que d'autres éprouvent, sous l'influence d'acidifiants, une vive aggravation de leurs sensations subjectives.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT *(Leipzig)*

G. Peritz. ***A propos de l'hormone parathyroïdienne et de sa présence possible dans d'autres organes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 35, 26 Août 1932). — P. défend l'hypothèse d'une constitution spasmophile en rapport avec un hypofonctionnement para-thyroïdien et caractérisée essentiellement par une hyperexcitabilité électrique, un signe de Chvosteck et de l'angiospasme.

Chez l'enfant, cette constitution est à la base de la spasmophilie; chez l'adulte elle se manifeste par la migraine, l'épilepsie, l'asthme, les névralgies essentielles et l'ulcère duodénal; à l'aide d'extraits très purifiés parathyroïdiens donnés en même temps que des préparations calciques, P. a réussi à faire disparaître les stigmates électriques et neuro-musculaires spasmophiles, fournissant ainsi une preuve clinique importante du rôle de l'hormone glandulaire. Il a noté l'influence vasodilatatrice de ce traitement et s'est demandé si d'autres extraits organiques, doués des mêmes propriétés, ne pourraient pas être employés également. Ses recherches l'ont amené à distinguer dans les extraits parathyroïdiens deux fractions différentes dont l'action combinée explique les variations observées lors des traitements par les extraits totaux.

La première substance isolée aurait un rôle décalcifiant. Elle se rapproche par certaines réactions de l'histamine qui a, elle aussi, une influence sur la calcémie, mais elle s'en distingue par l'absence de production de papule cutanée par injection, et par des réactions différentes chez le cobaye. Elle présente même vis-à-vis de l'histamine quelques caractères antagonistes.

La substance calcifiante peut être préparée sous forme colloïdale pure et son efficacité contre la tétanie ainsi que son action vaso-dilatatrice la rendent intéressante à étudier.

Enfin, la recherche de substances analogues dans les autres extraits organiques a été négative, sauf dans le placenta qui contient une hormone biologiquement semblable et exerçant la même action expérimentale et clinique, de telle sorte qu'on peut admettre que cette hormone placentaire est identique à l'hormone parathyroïdienne.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE *(Leipzig)*

Wilhelm Richter. ***Au sujet de l'arthropathie dans le psoriasis*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXVII, n° 2, Août 1932). — Le psoriasis arthropathique, décrit pour la première fois par Bourdillon, est la plus grave des complications de cette dermatose. A l'heure actuelle, la tendance est d'incriminer les glandes à sécrétion interne comme responsables de cette maladie de la peau; R. admet cette théorie, qui doit être appliquée aux complications du psoriasis. Tout d'abord, les signes cliniques et radiologiques des arthropathies du psoriasis n'ont rien de spécifique, car ils revêtent tantôt la forme des arthrites infectieuses, tantôt la forme de périarthrite d'origine endocrinienne avec ostéoporose, tantôt la forme d'ostéo-arthropathie déformante. Dans les 11 cas de psoriasis arthropathique qu'il rapporte, R. a recherché systématiquement la valeur de la sécrétion des différentes glandes endocrines, et il en arrive à cette conclusion, que le psoriasis comme sa complication principale l'arthropathie, ressortit à un trouble de la sécrétion des glandes surrénales.

P. Wilmoth.

R. Wanke (Kiel). ***Au sujet de la compression cérébrale traumatique expérimentale*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXVII, n°s 4, 5, 6, Septembre 1932). — W., à la manière de Koch et Filehne, a étudié la commotion cérébrale expérimentale par martèlement du crâne chez les chiens. Sur l'animal endormi, on constate un ralentissement du pouls, un ralentissement de la respiration qui devient plus profonde. Les résultats fournis par la ventriculographie ne sont pas probants, étant donnée la petitesse des ventricules cérébraux chez le chien. L'auteur admet, à la suite de ses expériences, que l'œdème cérébral consécutif au martèlement du crâne aboutit à une diminution de la capacité des ventricules latéraux; les parois des ventricules latéraux, sous l'influence de la commotion expérimentale (80 coups de marteau), voient leur épaisseur augmenter de trois millimètres (16 mm.-19 mm.).

P. Wilmoth.

ARCHIV für GYNAKOLOGIE *(Berlin)*

Egon Erwin Winter. ***Sur la valeur anatomique et fonctionnelle des ovaires après extirpation utérine. Contribution à la question de l'importance de l'utérus comme glande à sécrétion interne*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CL, fasc. 3). — Ayant observé un certain nombre de troubles chez la femme hystérectomisée chez laquelle on avait laissé les ovaires en fonction, Pankow en a conclu à une action endocrinienne de l'utérus. On n'est pas d'accord sur le sort des ovaires laissés *in situ:* les uns croient qu'ils finissent par s'atrophier; Opitz prétend qu'un ovaire laissé favorise l'accumulation de substances qui devraient être éliminées par voie utérine; d'autres, enfin, pensent qu'il y a des changements dans la vascularisation et l'innervation des ovaires, ce qui modifie la sécrétion interne de ces organes. Au total, l'utérus et les ovaires forment un tout au point de vue fonctionnel: la suppression de l'un est nuisible à l'autre.

Après avoir passé en revue les expériences contradictoires des divers chercheurs, W. expose ses travaux personnels sur rats jeunes de 60 à 80 gr. Il a constaté que l'extirpation de l'utérus avait comme suite immédiate un cycle vaginal irrégulier; mais ce fait a été souvent vu dans les laboratoires par simple laparotomie: donc, effet de choc. Chez les animaux ayant eu un cycle régulier avant l'opération, il fallait trois semaines pour ramener cette régularité; chez les animaux à cycles irréguliers cela durait quelques fois des semaines, jusqu'à six mois pour remettre le cycle en ordre. Histologiquement, W. a trouvé des images très différentes. A partir du quatrième mois, on trouvait toujours quelques follicules à différents stades; dans certains endroits, un début de dégénérescence des follicules vieux et jeunes; parfois une grande hypertrophie du tissu conjonctif interstitiel ou un fort développement du corps jaune. Rarement l'ovaire était atrophié avec un grand nombre de follicules atrétiques. Macroscopiquement, W. a trouvé des formations qui paraissaient des kystes, mais qui, en réalité, n'étaient que des dilatations de la capsule ovarienne dues à la gêne d'écoulement à la suite de la ligature des trompes. Il y avait vaso-dilatation et congestion. En cas d'extirpation partielle de l'utérus, les résultats étaient les mêmes; si on n'extirpait qu'un petit morceau de trompe, il n'y avait aucune modification ni dans les sécrétions vaginales ni anatomiquement dans les ovaires. Il faut donc admettre que les changements dans le cycle oestral et dans les ovaires étaient une suite spécifique de l'extirpation utérine.

W. a, alors, recherché la présence d'une hormone utérine par implantation d'utérus ou par injection d'un extrait utérin. Les résultats étaient négatifs : il n'y a eu rien de changé chez les animaux hystérectomisés (à la différence des constations de Zimmermann et de Parsenof).

Pour W., l'utérus est le grenier des réserves des ovaires et agit en cette qualité comme régulateur des hormones ovariennes; sa suppression crée un bouleversement dans l'équilibre endocrinien qui, à son tour, entraîne des modifications anatomiques et histologiques dans les ovaires.

Henri Vignes.

THERAPIE DER GEGENWART
(Berlin)

A. J. Burckardt. ***L'action de l'histamine dans les arthropathies*** (*Therapie der Gegenwart*, tome LXXIII, n° 5, Mai 1932). — La plupart des « arthritiques » présentent, d'après B., de la pâleur de la face, du refroidissement des extrémités, un retard de la régulation vaso-motrice lors de l'épreuve du bain chaud ou du bain froid. On s'explique ainsi l'effet calmant de toutes les médications topiques qui sont susceptibles de déterminer l'hyperémie de l'articulation malade. Mais cette hyperémie peut être réalisée d'une manière encore plus efficace par l'injection d'histamine dans les tissus périarticulaires. La solution utilisée est une solution spécialisée, au millième, de dichlorhydrate d'imidazolyléthylamine, dont on injecte de 1 à 4 dixièmes de centimètre cube. L'injection est suivie d'une élévation mesurable de la température locale et d'une sédation des douleurs qui permet une mobilisation plus ample de l'articulation. Les effets généraux de l'injection sont la rougeur de la face, une augmentation de la sécrétion gastrique et une élévation de la réserve alcaline du sang et du pH urinaire. Sur ce dernier point, les déterminations faites chez 41 sujets traités et chez 58 témoins montrent que l'élévation du pH urinaire atteignait en moyenne 0,5 pendant les douze heures qui suivaient l'injection, et jusqu'à 1,6 pour les deux heures suivantes.

On peut associer aux injections d'histamine, des injections sous-cutanées, ou mieux intramusculaires, de préparations soufrées ou iodées.

J. Mouzon.

G. Peritz. ***Les relations des névralgies avec le dysfonctionnement des glandes parathyroïdes*** (*Therapie der Gegenwart*, t. LXXIII, n° 5, Mai 1932). — Le terme de « névralgies » est souvent employé à tort. Parmi les prétendues « névralgies », il en est bien 90 pour 100 qui sont en réalité des myalgies ou des névrites. Les myalgies sont faciles à distinguer. Le diagnostic avec les névrites est plus difficile. Cependant ces dernières affectent volontiers plusieurs territoires nerveux, du même côté ou des deux côtés, alors que les névralgies sont toujours limitées à un seul nerf périphérique, sans qu'il existe, du côté opposé, la moindre sensibilité du nerf, même à la pression. De plus, dans les névrites, on retrouve des stigmates de toxi-infection : élévation du taux des lipoïdes (cholestérine et lécithine), lymphocytose, déviation vers la gauche de la formule d'Arneth, accélération de la sédimentation globulaire. La toxi-infection peut être d'origine très diverse, syphilitique, amygdalienne ou autre.

Au contraire, aucune de ces particularités ne se retrouve chez les malades atteints de névralgies. Celles-ci s'observent chez des sujets qui ont une constitution particulière, « spasmophile », d'origine familiale et héréditaire. Ce sont des sujets qui ont eu quelquefois la tétanie dans leur enfance, et chez lesquels on constate du refroidissement des extrémités, de la pâleur de la face, quelquefois un signe de Chvostek, et toujours de l'hyperexcitabilité des nerfs, d'un type analogue à celui qu'on observe dans la tétanie. On note, en outre, chez eux, un durcissement de l'artère radiale, qui s'accentue par le froid ou par l'électrisation. Ils sont prédisposés à d'autres affections dans lesquelles l'angiospasme joue un rôle important: épilepsie, migraine, ulcère de l'estomac, asthme bronchique, rhume des foins. L'examen capillaroscopique montre généralement des images variqueuses des capillaires, et les dosages du K et du Ca dans le sang permettent de constater des valeurs anormalement élevées de $\frac{K}{Ca}$ qui atteignent 1,8 ou même 2,2, alors que le rapport normal ne dépasse 1,5. Ces névralgies d'origine constitutionnelle seraient liées à une insuffisance parathyroïdienne. Et, de fait, si on traite les malades par de grosses doses de chlorure de calcium (3 à 4 cuillerées à soupe par jour d'une solution au dixième), associées à l'opothérapie parathyroïdienne, on obtient des résultats thérapeutiques excellents (névralgies du trijumeau, sciatique, névralgies brachiales).

P. interprète le rôle de l'insuffisance parathyroïdienne dans les névralgies, soit par un abaissement de la perméabilité cellulaire des éléments nerveux, lié à l'élévation du rapport $\frac{K}{Ca}$, soit par un angiospasme des vasonervorum.

J. Mouzon.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Durante. ***La résection des nerfs splanchniques (opération de Pende) dans la gangrène juvénile et dans la maladie de Raynaud*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXII, n° 34, 20 Août 1932). — D. a pratiqué la résection des nerfs splanchniques gauches dans un cas de gangrène juvénile des extrémités inférieures et dans un cas sévère de syndrome de Raynaud. Cette opération, préconisée par Pende dans les phénomènes d'hyperadrénalinémie et d'hypertension essentielle, a déterminé chez les malades de D. une amélioration remarquable des troubles trophiques, une disparition complète des douleurs, une chute progressive de la tension artérielle et une réapparition de l'index oscillométrique. Ces résultats constituent un argument en faveur de la théorie qui attribue les syndromes précédents à un hyperfonctionnement de la médullaire surrénale, et montrent la possibilité de limiter cet hyperfonctionnement par la résection des nerfs splanchniques gauches. Cette opération semble à D. l'opération de choix; elle est peu choquante, et agit électivement sur la substance médullaire, contrairement à l'opération d'Oppel (ablation des surrénales), qui, plus choquante, donne de moins bons résultats.

Des travaux ultérieurs montreront si l'opération peut se limiter au petit splanchnique, et si, au contraire, dans les cas sévères, il y a intérêt à agir également sur les splanchniques droits.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Jagic. ***La transfusion du sang en médecine interne*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLV, n° 31, 29 Juillet 1932). — J. rappelle d'abord les différents modes d'action de la transfusion. Celle-ci agit en effet: 1° en introduisant une certaine quantité de sang frais dans l'organisme; 2° en fournissant des plaquettes qui améliorent la coagulabilité du sang du receveur; 3° en excitant la moelle osseuse. Puis, J. passe en revue les indications médicales de la transfusion: d'abord toutes les anémies aiguës par hémorragie interne, en particulier celles des ulcères gastro-duodénaux, mais aussi les saignements par varices œsophagiennes chez les cirrhotiques, les hémoptysies sévères, les hémorragies intestinales, etc., et toutes les anémies par saignements peu abondants, mais répétés.

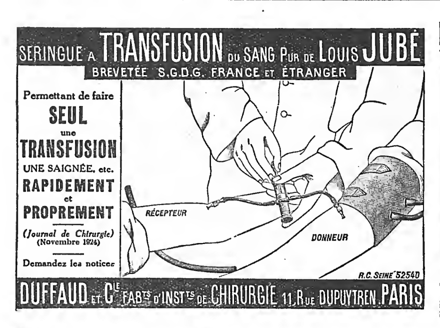
En second lieu, les anémies chroniques primitives: anémie pernicieuse où la transfusion s'associe utilement au traitement de Whipple, ictère hémolytique, anémies essentielles aplastiques; les anémies aplastiques secondaires au cours des infections de la syphilis, du paludisme, ou par rayons X.

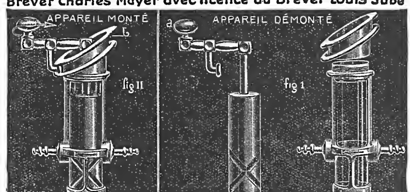
En troisième lieu, la diathèse hémorragique sous toutes ses formes: purpura thrombopénique, hémophilie, etc. La transfusion peut également déterminer une amélioration dans la leucémie lymphoïde et la lymphogranulomatose (formes anémiques), alors qu'elle est contre-indiquée dans la leucémie myéloïde. Elle est très efficace dans l'intoxication par le gaz d'éclairage, et doit alors être précédée d'une saignée, elle est aussi formellement indiquée dans l'intoxication chronique par le benzol. On devra y penser dans la colite ulcéreuse avec anémie, dans la pancréatite aiguë où elle sera une bonne précaution préopératoire, dans tous les cas de suppurations profondes et multiples avec mauvais état général, dans la cholémie et dans la néphrite chronique avec anémie, l'urémie ne constituant pas une contre-indication.

G. Basch.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

L. H. Hitzrot et **B. I. Comroe.** ***Hyperparathyroïdie sans tumeur parathyroïdienne. Amélioration par la parathyroïdectomie partielle*** (*Archives of internal Medicine*, t. L, n° 2, Août 1932). — Il s'agit d'une femme obèse de 40 ans, jusque-là bien portante, que des douleurs osseuses diffuses et de la faiblesse musculaire confinèrent peu à peu au lit et chez laquelle l'examen montra une décalcification étendue du squelette et de l'hypercalcémie (13 milligr. pour 100) avec une élimination quotidienne exagérée de Ca. On pensa à une tumeur parathyroïdienne que l'on ne trouva pas. L'ablation d'une des parathyroïdes apparemment normale ne modifia en rien les symptômes et les constatations de laboratoire. On se décida donc à


SERINGUE A TRANSFUSION DU SANG PUR DE LOUIS JUBÉ
BREVETÉE S.G.D.G. FRANCE ET ÉTRANGER
Permettant de faire SEUL une TRANSFUSION UNE SAIGNÉE, etc. RAPIDEMENT et PROPREMENT
(Journal de Chirurgie) (Novembre 1924)
Demandez les notices
RÉCEPTEUR
DONNEUR
R.C. SEINE 52540
DUFFAUD ET Cie FABts D'INSTts DE CHIRURGIE 11, RUE DUPUYTREN, PARIS


APPAREIL MONTÉ
APPAREIL DÉMONTÉ
fig II
fig 1

enlever deux autres parathyroïdes, ce qui amena une chute brutale de la calcémie à 6 milligr. 8 en même temps que l'apparition d'une tétanie grave dont on eut progressivement raison par l'administration de lactate de calcium par la bouche, de chlorure de calcium et de gluconate de calcium par voie veineuse et de parathormone par voie sous-cutanée. En même temps que la tétanie s'améliorait, les os se recalcifièrent, si bien qu'au bout de cinq mois le squelette avait repris son aspect radiologique normal; de leur côté, les symptômes subjectifs s'amendaient parallèlement, si bien que la malade pouvait retourner chez elle six mois après son entrée à l'hôpital, pratiquement guérie.

Ce cas illustre l'importance de l'hyperparathyroïdie sans hyperplasie des parathyroïdes. Le résultat obtenu après ablation des trois parathyroïdes ne laisse aucun doute sur le rôle étiologique qu'elles jouaient dans la maladie. Histologiquement cependant, elles paraissaient normales.

Ainsi, quand les signes cliniques indiquent une hyperactivité des parathyroïdes, l'ablation d'une grande partie du parenchyme parathyroïdien est justifiée, même si le chirurgien ne trouve pas d'anomalie macroscopique des glandules.

P.-L. Marie.

J. F. Hanson et A. W. Calhoun. ***Traitement de la pneumonie par l'acide carbonique et l'oxygène en inhalations*** (*Archives of internal Medicine*, t. L, n° 2, Août 1932). — Les observations bronchoscopiques de L. Brown montrent que l'inhalation de CO^2 détermine chez les malades atteints d'atélectasie post-opératoire une augmentation de la vitesse et de la profondeur de la respiration, de violents mouvements dans l'arbre trachéo-bronchique tendant à l'expulsion du mucus, enfin une anémie des muqueuses. Cliniquement et expérimentalement, Henderson et ses collaborateurs disent avoir obtenu de bons résultats de l'inhalation d'un mélange de CO^2 et d'O dans la pneumonie.

H. et C. ont fait inhaler, pendant dix minutes 2 à 4 fois par jour, au moyen d'un masque, un mélange gazeux formé de 5 pour 100 de CO^2 et de 95 pour 100 d'O à 27 malades atteints de pneumonie au début de son évolution. Ils ont eu 2 décès (7 pour 100). Ces inhalations n'ont pas permis de faire avorter la pneumonie. On ne constata pas grandes modifications des signes physiques et radiologiques; on nota 2 empyèmes. Subjectivement, tous les malades éprouvèrent plus de facilité à respirer après les inhalations. Dans aucun cas, on ne constata d'effets fâcheux du mélange à ce taux. H. et C. se montrent très réservés dans leurs conclusions; ils pensent que la posologie et la méthode d'administration doivent encore être étudiées avant que cette thérapeutique puisse être introduite dans la pratique.

P.-L. Marie.

THE LANCET
(Londres)

T. G. Reah. ***La toxicité du cincophène*** (*The Lancet*, n° 5688, 3 Septembre 1932). — Le cincophène ou acide 2-phényl-quinoline-4-carboxylique a été introduit en 1911 sous le nom d'atophan en thérapeutique comme solvant de l'acide urique dans la goutte. Des produits provenant de ce corps ou de sa combinaison avec d'autres substances ont été employés dans le traitement non seulement de la grippe mais dans celui du rhumatisme articulaire aigu ou chronique, de la sciatique, du lumbago, des névralgies.

Dès 1913, on signala des éruptions cutanées, urticariennes, scarlatiniformes, érythémateuses, purpuriques après l'ingestion de corps qui contenaient tous le noyau quinolique. On observa également des troubles vaso-moteurs, palpitations, vertiges, chute de la pression artérielle, cyanose, des troubles gastriques, anorexie, nausée, douleurs épigastriques, des troubles rénaux sous forme d'albuminurie transitoire.

Depuis 1923, il semble que ces troubles soient devenus plus fréquents et d'autre part que des symptômes hépatiques graves aient fait leur apparition après l'absorption d'atophan ou de produits dérivés. Ceci peut faire penser, à la rigueur, à une modification dans la fabrication du produit.

R. a pu réunir 35 cas dont 3 inédits d'ictères, consécutifs à l'usage d'atophan. Parmi ces malades, 18 moururent et à l'autopsie de certains d'entre eux, on trouva une atrophie jaune aiguë du foie.

L'apparition des symptômes ne semble pas dépendre de la quantité absorbée. C'est ainsi que des symptômes très légers, il est vrai, apparurent avec une dose de 0,50 centigr. Dans un autre cas, la mort survint après la prise de 3 gr. 50 en deux jours.

Pour combattre cette intoxication, on peut administrer du glucose par la bouche ou du sérum glucosé dans les veines. On peut encore faire des injections intraveineuses de gluconate de calcium ou de chlorure de calcium.

R. conclut qu'étant donné la toxicité du cincophène, on ne doit s'en servir que dans les cas sévères de goutte quand on a épuisé les autres thérapeutiques. Il faut autant que possible s'assurer de la tolérance du sujet par une dose initiale petite, donner l'atophan trois jours de suite et arrêter pendant quatre jours.

André Plichet.

J. Breakey. ***Une enquête sur les suites de l'éclampsie concernant surtout l'hypertension artérielle et la néphrite chronique*** (*The Lancet*, n° 5694, 15 Octobre 1932). — Chez les femmes normales ayant eu des enfants, il existe une légère baisse de la tension entre 40 et 50 ans, puis une montée régulière jusqu'à 60 ans. Pour celles qui ont eu de l'éclampsie, la pression sanguine monte plus rapidement et à un degré supérieur.

La néphrite chronique se produit chez un certain nombre de femmes après l'éclampsie. Elle est assez grave souvent pour abréger la vie.

Il semble y avoir une relation entre l'âge, le nombre de grossesses, l'hypertension et la néphrite. Celles-ci ont plus de chance de se produire chez les multipares qui ont plus de 30 ans au moment de la crise d'éclampsie, surtout si celle-ci a lieu avant l'accouchement.

La fertilité des femmes est amoindrie après l'éclampsie surtout s'il y a eu avortement. D'autre part les accouchements prématurés, avec mort de l'enfant, sont plus fréquents.

André Plichet.

Helen Wright et Rankin. ***Les différents types biologiques de bacilles diphtériques et leur signification clinique*** (*The Lancet*, n° 5695, 22 Octobre 1932). — Différents bacilles diphtériques isolés de 50 cas de diphtérie et dont la virulence avait été prouvée par l'inoculation à l'animal ont été étudiés et classés en différentes espèces par culture sur bouillon et par leurs réactions de fermentation des sucres. Plusieurs races ont été retrouvées dans différents cas, mais aucune corrélation ne peut être établie entre une race et la gravité de la maladie. On ne peut non plus retrouver dans une différenciation bactériologique l'explication des différences de réactions à la sérothérapie.

André Plichet.

Woodcock. ***Le traitement de la diphtérie maligne par les injections de sérum glucosé et l'insuline*** (*The Lancet*, n° 5695, 22 Octobre 1932). — Devant l'échec de la sérothérapie ordinaire dans certains cas de diphtérie maligne, W. a appliqué le traitement préconisé par Schwentker et Noël. Ce traitement consiste en une injection intramusculaire de 20.000 unités antitoxiques, suivie, deux ou trois heures plus tard, d'une injection intraveineuse de 20 à 40 cmc de sérum glucosé à 50 pour 100, à laquelle on ajoute 20 à 40.000 unités antitoxiques et d'une injection intramusculaire de 10 à 20 unités d'insuline. Ce traitement est à faire tous les jours. Immédiatement après l'injection de sérum glucosé, l'état général du patient est amélioré. Avec ce traitement sur 25 cas traités, W. n'a eu que 68 pour 100 de mortalité alors qu'avec le seul sérum antidiphtérique injecté par toutes les voies et à haute dose, la mortalité était de 81 pour 100.

André Plichet.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

U. Bassi. ***Néphropathies, refroidissement et professions*** (*La Clinica Medica Italiana*, t. LXIII, n° 7, Juillet 1932). — L'exposition au froid humide, lorsqu'elle est assez intense et assez prolongée, est susceptible de produire des lésions rénales chroniques; d'autre part, on retrouve souvent, dans les antécédents des néphritiques, des maladies rhumatismales ou des affections des voies respiratoires qui peuvent reconnaître elles-mêmes le froid comme facteur étiologique. Il est rare cependant que, chez les malades exposés au froid par leur profession, la néphrite apparaisse comme une affection primitive; elle est précédée, en général, par d'autres maladies surtout infectieuses, en particulier par la fièvre typhoïde ou les affections amygdaliennes, qui sont capables à elles seules de produire une lésion rénale dont la guérison peut être complète ou partielle, laissant subsister un état de néphropathie latente; l'albuminurie apparaissant après l'épreuve de la fatigue peut révéler cette néphropathie latente. Il est logique d'admettre que l'influence du refroidissement se fait plus sentir sur des reins altérés par une toxi-infection antérieure.

Au point de vue prophylactique, il faut donc étudier avec soin l'état fonctionnel des reins des ouvriers exposés au froid et les surveiller de près pendant la convalescence de toutes les maladies qui peuvent toucher les reins. Lorsque le sujet présente des amygdalites à répétition, l'amygdalectomie est à conseiller.

L. Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

G. Carbognin. ***Sur la différence de température des deux aisselles dans le pneumothorax*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, tome LIII, n° 25, 19 Juin 1932). — Dans les formes unilatérales de tuberculose pulmonaire, la température axillaire est plus élevée du côté malade que du côté sain; lorsqu'un pneumothorax thérapeutique a été institué, l'inverse devient la règle, la température étant plus basse du côté malade (6 cas sur 12), ou égale des 2 côtés (4 cas); lorsque des adhérences rendent le pneumothorax incomplet, la température peut être plus élevée du côté du pneumothorax que de l'autre (2 cas).

C. attribue cet abaissement de la température à l'air intrapleural qui joue le rôle d'un écran isolant empêchant la chaleur du foyer pulmonaire sous-jacent de se transmettre à la paroi thoracique; toutefois, on ne peut exclure l'intervention à titre accessoire d'un réflexe vaso-constricteur à point de départ pleuro-pulmonaire ou, ainsi que l'a supposé Vogel, de substances analogues à la tuberculine déversées dans la circulation par le poumon comprimé.

L. Rouquès.


Grains anisés
de
Charbon Tissot
Simple ou Naphtolé
ou Magnésien
Forme parfaite du CHARBON de PEUPLIER
Agglomérés au gluten, aromatisés à l'anis
AGISSENT : par leur forme ;
par leur volume (division du bol digestif et fécal)
par leur arome (anis) ;
par leur agglomération (gluten mucogène).
Suppriment les Spasmes et les causes de la Constipation
Action régulière sans accoutumance. — Ne contient aucun toxique
DOSE. — Une ou deux cuillerées à café le soir ou après les repas
Très bien supporté à tous les âges,
ainsi que dans la grossesse
et l'allaitement


BEEF
(VIN de LAVOIX)
LAVOIX


FÉTIDITÉ DE L'HALEINE
STOMOXYGÈNE
LAXATIF ET ANTISEPTIQUE
GASTRO-INTESTINAL
Pastilles à base
de péroxyde de
magnésium
émodine
belladone et
extraits biliaires
2MgO² + 4HCL = 2MgCL² + 2H²O + O²
PAR
L'OXYGÈNE
NAISSANT
Echantillon
franco sur
demande
1 à 3 Pastilles
par jour avant le repas
LABORATOIRES S.E.B.I.C. ST QUENTIN (AISNE)

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA (Milan)

G. Di Maio. *Contribution expérimentale et anatomique à l'étude de la physiopathologie rénale: siège et mécanisme de l'élimination des composantes de l'urine et d'un sel iodique utilisé dans les diagnostics urologiques* (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. III, n° 2, Mars-Avril 1932). — L'injection intraveineuse d'uro-sélectan chez le lapin est suivie immédiatement d'une augmentation importante de la diurèse qui persiste pendant quelques minutes, puis s'atténue peu à peu; l'urosélectan apparaît dans les urines trois ou quatre minutes après l'injection. Sur les coupes des reins prélevés pendant la sécrétion et faites à main levée sans fixation ni congélation, l'acidification fait cristalliser l'urosélectan; les cristaux n'existent jamais au niveau des glomérules; ils sont abondants dans les tubes contournés où ils semblent être dans la partie basale de l'épithélium et plus rares dans les tubes droits où on ne les observe que dans la lumière des tubes; les glomérules sont légèrement congestionnés, tandis que l'épithélium des tubes présente en certains points l'aspect du début de la tuméfaction trouble.

Dans une deuxième série d'expériences, D. M. a étudié l'élimination de l'urosélectan chez des animaux intoxiqués par le sublimé et par la cantharidine, qui déterminent l'un des lésions surtout tubulaires, l'autre des lésions surtout glomérulaires. Après intoxication par le sublimé, l'oligurie est intense, la concentration uréique très diminuée, la concentration des chlorures abaissée et la concentration du sel iodique faible; après intoxication par la cantharidine, l'oligurie est modérée, la concentration du sel iodique est forte, la concentration uréique est diminuée et la concentration des chlorures réduite à zéro.

Il résulte de ces recherches que le glomérule élimine l'eau et le chlorure de sodium et le tube contourné les produits terminaux du métabolisme azoté et les constituants minéraux.

L. Rouquès.

G. Lucchese. *L'ulcère gastrique expérimental* (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, tome III, n° 2, Mars-Avril 1932). — L'injection d'ergotine à 0,5 pour 100 sous la séreuse de l'antre gastrique du chien et du cobaye provoque au point où elle a été faite ou dans son voisinage des érosions multiples de la muqueuse et parfois même des lésions qui s'enfoncent dans la sous-muqueuse jusqu'à la musculaire et qui ont l'aspect des ulcères typiques; on note aussi l'hyperplasie de la musculaire et une notable réaction mésenchymateuse dans toutes les couches de la paroi.

Pescatori et Rogers, qui ont décrit ces lésions, les ont attribuées avant tout à l'état spasmodique de la musculaire produit par l'ergotine et à la diminution du calibre gastrique qui en est la conséquence; la muqueuse est ainsi placée dans des conditions qui l'exposent à des traumatismes faciles par le bol alimentaire, et les vaisseaux qui vont de la muqueuse à la musculaire à travers la sous-muqueuse subissent des tiraillements. L. ne pense pas que l'ergotine produise un spasme de la musculaire tel qu'il puisse entraîner un rétrécissement durable du calibre gastrique; mais le spasme, par la compression et l'écrasement des vaisseaux, détermine des troubles circulatoires et des hémorragies qui jouent le rôle principal, sans toutefois que l'on soit en droit d'exclure l'hypothèse d'une action physico-chimique directe de l'ergotine.

L. Rouquès.

RASSEGNA CLINICO-SCIENTIFICA (Rome)

G. Izar. *L'amibiase cérébrale (première observation italienne)* [*Rassegna clinico-scientifica*, tome X, n° 7, 15 Juillet 1932]. L'amibiase cérébrale est exceptionnelle: on n'en connaît que 56 cas et, dans 11 seulement, l'amibe a été trouvée dans la lésion; cette rareté tient au barrage que le foie, puis les poumons exercent vis-à-vis des amibes ayant pénétré dans la circulation à la faveur des ulcérations intestinales; des 56 cas, 53 ont été secondaires à une suppuration hépatique ou à une double suppuration hépatique et pulmonaire; un n'a été précédé que par un abcès du poumon et les deux derniers ont suivi des manifestations uniquement intestinales.

Anatomiquement, il s'agit d'une nécrose colliquative plus que d'un véritable abcès; la réaction méningée, lorsque la lésion est proche du cortex, reste localisée à une circonvolution; la paroi de la cavité est irrégulière, serpigineuse, semblant formée par la réunion de nombreuses petites cavités communicantes; le contenu est analogue à celui des abcès du foie; il n'y a de membrane limitante que dans les lésions anciennes; l'aspect histologique rappelle celui de la lésion hépatique, mais en plus irrégulier, en raison de la différence de l'irrigation; les amibes ne sont pas rares dans la zone qui entoure l'abcès.

Cliniquement, l'amibiase cérébrale ne diffère en rien des autres suppurations cérébrales; débutant brusquement ou insidieusement, elle évolue toujours vers la mort en trois à quinze jours; seul, l'examen anatomique permet de la reconnaître. Le cas de I. est celui d'un homme de 45 ans atteint d'abcès du foie et mort sans que l'on ait pensé à une complication cérébrale; l'autopsie a montré un abcès gros comme une noisette dans le bras postérieur de la capsule interne droite, avec des amibes dans les parois de la cavité; le malade était déjà hémiplégique par suite d'une thrombose cérébrale antérieure à l'amibiase, qui explique peut-être la fixation des amibes dans le cerveau.

L. Rouquès.

TUMORI (Rome)

F. Pagliani. *Valeur de la réaction de Botelho dans le diagnostic des tumeurs malignes* (*Tumori*, 2e série, tome VI, n° 4, Juillet-Août 1932). — La réaction de Botelho a les avantages d'être très facile à faire et de donner un pourcentage élevé de résultats positifs dans les tumeurs malignes (70 pour 100), mais elle manque de spécificité (P. a eu 5 résultats positifs sur 27 cas de tumeurs bénignes) et chez les cancéreux, elle n'apparaît qu'à une phase tardive de l'évolution, lorsque l'état général décline.

L. Rouquès.

M. Ferro. *Sur la réaction d'Aschheim-Zondek, proposée par Engel pour le diagnostic biologique des tumeurs* (*Tumori*, 2e série, tome VI, n° 4, Juillet-Août 1932). — Engel a prétendu qu'avec la technique d'Aschheim-Zondek, on pouvait mettre en évidence l'hormone pré-hypophysaire dans les urines des cancéreux. Après avoir étudié 80 malades, utilisant pour chaque cas de nombreux animaux et les meilleures méthodes de recherche, F. n'a eu que des résultats négatifs; la réaction d'Aschheim-Zondek n'a donc aucune utilité pour le diagnostic biologique des tumeurs.

L. Rouquès.

GIORNALE DI BATTERIOLOGIA E IMMUNOLOGIA (Turin)

B. Mela. *Recherches expérimentales sur la tuberculisation par voie transdentaire* (*Giornale di Batteriologia e Immunologia*, tome IX, n° 2, Août 1932). — La tuberculisation est réalisable chez le chien par inoculation de bacilles virulents de type humain dans la pulpe des canines; chez les jeunes chiens de deux mois, dont les dents de lait sont poussées, les bacilles peuvent passer à travers la pulpe vivante qui réagit par une infiltration parvicellulaire; chez les chiens ayant leur dentition définitive, le premier obstacle à la diffusion des bacilles est formé par la réaction granulomateuse périapicale; l'adénite satellite tend à la guérison et, en général, il n'y a pas d'adénite à distance; au bout de plusieurs mois, on observe parfois la généralisation lente de l'infection par voie sanguine; dans les lésions tuberculeuses des chiens étudiés, M. n'a pas trouvé de cellules géantes typiques.

Chez les tuberculeux pulmonaires, M. a trouvé des bacilles virulents dans 58 pour 100 des cas au niveau des culs-de-sac gingivaux et dans 46 pour 100 des cas au niveau des canaux radiculaires des dents cariées.

L. Rouquès.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Genève-Lausanne)

F. Roulet (Berlin). ***L'angiomatose des centres nerveux (Maladie de Lindau)*** [*La Revue Médicale de la Suisse Romande*, tome LII, n° 9, 25 Juillet 1932]. — A propos de 3 observations personnelles de kystes du cervelet dont il donne un court résumé, R. passe en revue les travaux anatomo-pathologiques publiés sur ces kystes, rapportés depuis le travail de Lindau en 1926 à l'angiomatose des centres nerveux, et les rapports de cette lésion avec l'affection de la rétine décrite par von Hippel sous le nom d'angiomatose rétinienne.

L'examen histologique de ces kystes du cervelet montre en général un tissu tumoral composé de régions riches en cellules avec une quantité de vaisseaux capillaires à paroi fragile et de régions moins cellulaires où prédominent des bandes de tissu conjonctif œdématié, hyalinisé ou scléreux avec de grands lacs sanguins. Dans les plages cellulaires, on peut distinguer 3 éléments constitutionnels: une *trame*, formée de fibrilles réticulaires girophiles s'arborisant autour de *fins capillaires sanguins* limités par une membrane basale extrêmement ténue. Le troisième élément tumoral est représenté par le tissu intervasculaire constitué par des *cellules irrégulièrement ramifiées*.

La maladie de von Hippel et l'angiomatose des centres nerveux ont la même base pathogénique. Toutes deux ont un caractère familial héréditaire net. On peut observer différentes combinaisons et d'autres malformations associées à l'angiomatose cérébrale: kystes rénaux et pancréatiques, surrénales accessoires, hypernéphromes, angiomes cutanés. Ces malformations peuvent être envisagées comme des formations néoplasiques coordonnées, développées après la naissance en partant de troubles embryonnaires de l'ébauche tissulaire mésenchymateuse locale.

Robert Clément.


Solmines
Wuhrlin
Hondouville
des compresses qui ne collent pas
Les "SOLMINES WUHRLIN", compresses de tulle vaseliné aseptique, ne collent pas aux plaies; s'enlèvent facilement lors des pansements et, par suite, facilitent la cicatrisation. Les "SOLMINES WUHRLIN" sont le pansement idéal des brûlures qu'elles maintiennent à l'abri de l'air en procurant un soulagement immédiat.
Se font "Neutres", "Baume du Pérou", "Vioforme", "Dermatol", "Airol", "Xéroforme", "Acide Picrique".
Bien spécifier "Neutres" ou l'antiseptique.
Solmines Wuhrlin
Pour Échantillons et Littérature, s'adresser : LABORATOIRES WUHRLIN Hondouville Eure (FRANCE)
HAVAS

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

Lamiaud et **Pinault.** ***Le gluconate de chaux dans le traitement des hémorragies urinaires*** (*Le Bulletin Médical*, n° 33, 13 Août 1932). — Pour diminuer la fréquence et la gravité des hémorragies en chirurgie urinaire, L. et P. utilisent depuis deux ans le gluconate de chaux, qui n'a aucun des inconvénients du chlorure de calcium et leur a donné des résultats fort intéressants.

Les principales indications de la médication calcique sont: 1° *Les hémorragies d'origine urétrale:* fausses routes, hémorragies consécutives à la cautérisation des polypes et papillomes; 2° *Les hémorragies prostatiques* : fausses routes, hémorragies spontanées, surtout hémorragies de la prostatectomie. Pour ces dernières, L. et P. conseillent le traitement préventif suivant: *a*) pendant les deux jours qui précèdent l'intervention, injection quotidienne intramusculaire de 10 cmc d'une solution de gluconale de Ca à 10 pour 100; *b*) le matin de l'intervention, injection intraveineuse de 10 cmc associée à l'injection intramusculaire.

Cette méthode paraît surtout efficace contre l'hémorragie consécutive à l'ablation de l'adénome. Les hémorragies tardives dues au sphacèle et à l'infection semblent moins influencées.

3° *L'hémospermie.*

4° *Les hématuries vésicales.* Dans les hémorragies dues aux papillomes, aux cancers, aux varices vésicales. Toutefois il ne s'agit là que d'un traitement symptomatique.

5° *Les hématuries d'origine rénale.* Les pyélonéphrites hémorragiques, les infarctus du rein, les hémorragies dues à des polypes et papillomes du bassinet, sont nettement influencés par le traitement calcique. Dans la tuberculose rénale, le gluconate de calcium n'agit pas seulement comme hémostatique, mais fait partie du traitement de fond.

Le calcium est encore indiqué dans les cas inopérables de cancer du rein.

En résumé, le gluconate de chaux est un excellent hémostatique, indiqué dans le traitement pré et post-opératoire des hémorragies et dans celui de diverses hématuries.

ROBERT CLÉMENT.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

J. Lafont. ***La carburothérapie*** (*Le Progrès Médical*, n° 43, 22 Octobre 1932). — Les carbures d'hydrogène, notamment les vapeurs d'éther de pétrole, sont toxiques en inhalation, ils provoquent la cyanose, un état catarrhal des voies bronchiques et de l'agitation. En ingestion, l'essence minérale a provoqué des accidents mortels à des doses relativement faibles.

Cependant, J. Kairiukstis, de Kalvarija (Lithuanie), préconise comme traitement de la tuberculose des injections intra-musculaires profondes d'une solution à 30 pour 100 d'essence minérale dans l'huile d'olive stérilisée, à la dose de 0,1 à 0,2 cmc. Le point d'injection reste quelquefois douloureux plusieurs jours; pour éviter cet ennui, on peut injecter en même temps un dérivé de la cocaïne.

Les injections d'essence doivent déclancher une réaction qui, sans être trop forte, se manifeste nettement. Elles ne sont donc pas indiquées dans les cas fébriles et dans les processus exsudatifs où le déclanchement d'une réaction focale n'est pas sans danger.

L'expérience a porté sur 2 séries de sujets, l'une de 69 cas, l'autre de 27. Le traitement a donné de beaux résultats dans les formes chirurgicales de la tuberculose. Assèchement et cicatrisation de l'abcès, fermeture de fistule, en deux ou trois mois.

L'essence légère, composée principalement d'hexane et d'heptane, paraît plus active que l'essence plus pure ou plus légère qui contient beaucoup de pentane en dehors de ces 2 hydrocarbures. Dans un cas de lupus, après une amélioration par 4 injections d'essence, on semblait arriver à un point mort; l'injection intra-musculaire de 0 gr. 02 d'une solution huileuse d'heptane à 2 reprises amena une modification rapide et un flétrissement des lésions cutanées.

Les indications de la carburothérapie sont donc les tuberculoses cutanées, articulaires, osseuses ou ganglionnaires. Pour juger les résultats obtenus dans la tuberculose pulmonaire, il est nécessaire d'avoir davantage de recul. L'action n'est pas favorable quand les conditions ne le sont pas pour une réaction focale et la réaction focale offre souvent plus de dangers que d'avantages.

Quelques résultats heureux auraient été obtenus également dans le traitement de l'asthme.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

L. Nègre. ***Action des huiles d'olive et de foie de morue sur la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLIX, n° 3, Septembre 1932). — On a préconisé depuis longtemps, dans le traitement de la phtisie, l'emploi de matières grasses, comme l'huile de foie de morue, l'huile de colza, l'huile d'olive, etc., etc. Pour vérifier l'action de ces substances, N. a fait toute une série d'expériences chez le cobaye et chez le lapin.

Chez les cobayes inoculés par voie sous-cutanée avec un bacille tuberculeux d'origine humaine ou bovine et traités par des injections bi-hebdomadaires sous la peau de 1 cmc d'huile d'olive, les lésions à l'autopsie sont plus prononcées que chez les témoins. Les ganglions inguinaux et sous-lombaires sont beaucoup plus volumineux; les lésions spléniques sont en général plus nombreuses et plus étendues. Certains animaux présentent des lésions du foie, des poumons et des ganglions trachéo-bronchiques, alors que chez les témoins, ces organes sont indemnes.

Des cobayes infectés et traités par injections intra-péritonéales d'huile d'olive ont présenté aussi une aggravation marquée de tous les symptômes.

L'administration quotidienne, par la bouche, d'huile d'olive ou d'huile de foie de morue à la dose de 1 cmc à des cobayes ou à des lapins inoculés les premiers sous la peau, les seconds par voie intraveineuse, avec 1/5 de milligramme de souche bovine, n'a pas d'effet plus heureux. Si les lésions ganglionnaires locales sont à peine plus prononcées que chez les témoins, les lésions spléniques sont en général plus nombreuses et les ganglions trachéo-bronchiques et le foie sont plus précocement atteints.

Aucune différence n'a été constatée entre les effets de l'huile stérilisée et de l'huile naturelle.

Cette activation des lésions sous l'influence des huiles paraît provenir de la multiplication des bacilles de Koch qui sont beaucoup plus nombreux dans les organes des animaux traités que dans ceux des témoins.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

M. Schachter (Bucarest). ***Quelques considérations sur le signe de Chvostek dans l'enfance et sur le profil mental des enfants porteurs de ce signe*** (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXV, n° 6, Juin 1932). — La tétanie est bien connue dans ses cadres cliniques actuels, mais on discute encore l'avenir neurologique et mental des enfants qui en ont été atteints dans leur jeune âge. La signification du signe du facial et le comportement des enfants ayant présenté le signe de Chvostek prêtent en particulier à des discussions.

Les auteurs classiques, se basant sur les affirmations déjà anciennes des auteurs allemands, Thiemich et Birk, d'un côté, et Rotpeschnigg, de l'autre, admettent que le développement ultérieur des petits tétaniques est anormal et que dans un avenir plus ou moins éloigné, la plupart de ces enfants présentent de l'arriération ou bien demeurent des névropathes ou enfin des épileptiques.

Les résultats d'une enquête psychologique entreprise récemment par Hummel et Jung montrent au contraire que les porteurs du signe de Chvostek sont plus vivaces et plus excitables que leurs petits camarades. En ce qui concerne les tests de l'intelligence, notamment, les enfants porteurs du Chvostek se sont montrés supérieurs aux enfants témoins.

La constatation du seul signe de Chvostek ne permet pas en somme de conclure que mentalement, pédagogiquement et socialement les enfants ont besoin de soins spéciaux.

G. SCHREIBER.

ARCHIVES MEDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

J.-C. Mussio-Fournier, C. Séoane, F. Rocca et **J. C. Barzantini** (Montevideo). ***L'asthme d'origine hydatique*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome VII, n° 4, 1932). — Depuis les travaux de Chauffard et de Boidin, on connaît l'existence de phénomènes anaphylactiques au cours de l'évolution des kystes hydatiques : l'urticaire est fréquente, les accidents graves, rares.

3 observations originales mettent en évidence ici les rapports de l'asthme et de l'intoxication hydatique. Chez une femme de 43 ans, un syndrome asthmatique, dont le caractère anaphylactique est démontré par l'existence d'œdème de Quincke et d'urticaire, relevait de l'intoxication hydatique; depuis deux ans et trois mois que la malade a été opérée, asthme, urticaire et œdème n'ont pas réapparu, l'éosinophilie s'est effacée. Un homme de 35 ans, présentant depuis trois ans des crises intenses d'asthme avec douleurs thoraciques, fit une vomique; une intervention chirurgicale permit d'évacuer un kyste hydatique suppuré du poumon; depuis, les crises d'asthme n'ont pas réapparu. La troisième observation est une histoire analogue. Une seule observation du même genre a été publiée par Rénon et A. Jacquelin.

On peut se demander si le kyste hydatique produit la dyspnée asthmatiforme par un acte réflexe ou par anaphylaxie: l'existence d'urticaire, d'œdème, d'éosinophilie plaide en faveur de cette seconde hypothèse. Si l'asthme n'est pas plus fréquent au cours de la maladie hydatique, c'est que sans doute son mécanisme est beaucoup plus complexe que celui de l'urticaire.

ROBERT CLÉMENT.

A. Dufourt et **P. Etienne-Martin** avec la collaboration de **J. Faure.** ***Les dilatations des bronches dans la tuberculose pulmonaire*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome VII, n° 4, 1932). — L'étude de 8 observations montre que ce sont surtout les tuberculoses fibreuses à évolution lente qui créent les bronchectasies à grand développement, cylindriques ou ampullaires. Dans les formes caséeuses aiguës, les dilatations n'ont en général pas le temps de s'installer

ou il s'agit de petites dilatations ampullaires localisées dues à l'effondrement d'un segment de bronche par les lésions caséeuses.

Dans la phtisie fibro-caséeuse vulgaire, si les grandes dilatations sont rares, les dilatations localisées sont relativement fréquentes; elles tendent à s'accentuer et même à se généraliser lorsque la sclérose prend une place prédominante.

Les lésions congestives qui suivent la primo-infection peuvent, lorsqu'elles sont durables, engendrer des dilatations secondaires.

Dans les scléroses pulmonaires des vieillards, si l'expectoration est rarement bacillaire, l'inoculation au cobaye montre souvent la nature tuberculeuse de ces scléroses lentes.

Les dilatations bronchiques tuberculeuses n'ont pas de caractéristiques anatomiques particulières, les dilatations ampullaires et les néoformations alvéolaires à épithélium cubique ne sont en aucune façon l'apanage de la syphilis comme l'avait cru Tripier; des enquêtes précises et complètes n'ont pas permis de suspecter une association syphilitique chez les malades de D. et E. Cependant, l'association syphilis et tuberculose favorise l'apparition et l'extension des réactions fibreuses et par là, dans une certaine mesure, celle des bronchectasies; mais par elle-même la tuberculose peut créer toutes les formes de dilatations bronchiques à toutes les périodes de son cycle évolutif.

Robert Clément.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE
(Paris)

Lévy-Solal et **Maurice Mayer**. ***A propos d'un cas de néphrose lipoïdique constaté à l'occasion d'une gestation*** (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXVI, n° 4, Octobre 1932). — L.-S. et M. ont eu, en Août 1930, l'occasion d'observer une femme enceinte présentant une affection rénale répondant au syndrome décrit par Volhard sous le nom de néphrose lipoïdique. Les examens de laboratoire ont été pratiqués dans le service de M. Bezançon par Ch.-O. Guillaumin et Mlle Laurencin. Cette femme se présentait avec une albuminurie gravidique, avec œdème et sans hypertension. La résistance des troubles malgré l'institution du régime habituel a amené L.-S et M. à faire des examens de laboratoire qui ont fait reconnaître l'existence d'un syndrome de néphrose à type lipoïdique. L'évolution de cette néphrose peut être résumée de la façon suivante: l'albuminurie et les œdèmes offraient un caractère irrégulier et instable échappant à toute loi et à toute influence; la cessation de la grossesse n'entraîna pas la suppression du syndrome de néphrose (au contraire de ce qui se passe d'habitude dans les simples albuminuries gravidiques); au cours des premiers mois des suites de couches, le syndrome de néphrose lipoïdique se présenta en apparence comme un syndrome pur et l'affection, ayant été traitée suivant les principes énoncés par le prof. Achard, on observa une diminution progressive des signes de la néphrose. Sept mois après l'accouchement, on constata, pour la première fois, une augmentation manifeste de l'azotémie en même temps qu'une constante d'Ambard anormale. Dès lors, il n'était plus possible de parler de néphrose pure: il s'agissait de néphrose associée. En raison des antécédents du procréateur et de signes de syphilis congénitale présentés par la malade, le traitement a été complété par une thérapeutique antisyphilitique. Après chaque série de ce traitement, il semble qu'une amélioration se soit produite. Ce fait particulier est à noter dans l'étiologie du syndrome.

La confirmation du diagnostic de néphrose lipoïdique a été confirmée en deux étapes: étape clinique et étape de laboratoire, puis par l'évolution de la maladie et l'influence du traitement spécial.

Si l'on considère la néphrose lipoïdique en dehors de la grossesse, l'étiologie en est obscure; deux faits paraissent cependant devoir être retenus, dans le cas présent, comme ayant pu jouer un rôle: l'influence thyroïdienne et la syphilis. Le trouble du fonctionnement thyroïdien est net. La syphilis de la femme est établie par les stigmates héréditaires et l'infection acquise du procréateur. Le traitement par l'arsenic et le bismuth a été parfaitement toléré. Depuis qu'il fut institué, se produisit une amélioration sensible des signes de néphrose; mais cela ne suffit pas pour attribuer, de façon certaine, le syndrome à la spécificité.

Par ailleurs, ce syndrome a été découvert au cours d'une gestation, à l'occasion d'une recherche d'albuminurie. C'est tout ce que L.-S. et M. peuvent dire en ce qui concerne l'influence de la grossesse. Il n'est pas possible, en effet, de parler de néphrose lipoïdique gravidique; une telle appellation pourrait faire penser que L.-S. et M. attribuaient à l'état gravidique et puerpéral un caractère de causalité dans l'apparition du syndrome néphrotique; or cela leur semble loin d'être prouvé.

H. Vignes.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

Giuseppe Bolognesi et **Rodolfo Bosi** (Sienne). ***Sur les épididymites subaiguës et chroniques dites aspécifiques*** (*Journal d'Urologie*, t. XXXIII, n° 4-n° 5; tome XXXIV, n° 1, Avril, Mai et Juillet 1932). — Huit observations très complètes, en particulier au point de vue histo-pathologique, ont vantes: Il existe — à côté des épididymites chroniques spécifiques communes (tuberculose, blennorragie, syphilis) — un nombre important d'épididymites à caractères cliniques à peu près semblables aux formes précédentes, mais que l'on peut dire aspécifiques, par ce qu'elles sont déterminées par d'autres germes pathogènes.

Un premier groupe est constitué par des lésions à étiologie bien déterminée; elles sont dues au coli-bacille, au staphylocoque et au pneumocoque.

Un deuxième groupe est constitué par les formes où il est impossible de mettre en lumière aucun germe pathogène. C'est un champ encore inexploré de la pathologie chirurgicale.

G. Wolfromm.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

P. Van Gehuchten et **P. Martin**. ***Les hématomes sous-duraux chroniques*** (*Revue neurologique*, 39e année, t. II, n° 2, Août 1932). — Dans cet intéressant mémoire, les auteurs font l'historique de la question, et rapportent quatre observations anatomo-cliniques personnelles d'hématomes sous-duraux. Dans deux cas, l'origine traumatique était certaine, dans les deux autres elle ne put être décelée. Sur les 4 cas, 3 malades furent opérés. L'un guérit complètement, les deux autres succombèrent. Le quatrième mourut avant l'intervention. Dans un cas, la rachicentèse ramena un liquide noir et sanglant. Dans un autre, elle sembla aggraver notablement l'état du malade.

La tableau clinique était dans tous les cas constitué par un syndrome d'hypertension intracranienne avec stupeur, troubles mentaux quand l'évolution fut plus lente, et symptômes pyramidaux. Une phase de latence plus ou moins longue peut exister entre la production de l'hématome et les symptômes cliniques. Dans les 4 cas, l'examen anatomique montre l'existence d'un hématome plus ou moins volumineux situé entre la dure-mère et l'arachnoïde. En outre de l'hématome organisé, il existait dans un cas un kyste hématique. L'examen anatomique montre que l'hématome se développe entre la dure-mère et l'arachnoïde, et que ces 2 méninges en dehors de la zone kystique ont un aspect normal. Au niveau de ce dernier, ces 2 méninges sont au contraire très modifiées, surtout l'arachnoïde qui est très vascularisée, très épaissie et dont le tissu conjonctif qui a proliféré envahit peu à peu le kyste hématique lui-même. La paroi externe du kyste est constituée par du tissu conjonctif néoformé, indépendamment de la dure-mère au contact de laquelle il se trouve. Dans son épaisseur se trouvent d'énormes lacs sanguins qui parfois se rompent et infiltrent le tissu conjonctif.

C'est aux limites du kyste que l'on se rend le mieux compte de la façon dont se forment ses membranes qui se développent aux dépens de l'arachnoïde enflammée, à laquelle le kyste est rattaché par un pédicule très vasculaire.

Pour G. et M., la genèse de ces hématomes serait donc la suivante. Un choc traumatique le plus souvent détermine une rupture vasculaire. Un épanchement sanguin se forme, qui s'enkyste et s'organise, avec une paroi interne conjonctive et une paroi externe vasculaire, toutes deux développées aux dépens de l'arachnoïde. Le kyste augmente et se développe par suite des ruptures vasculaires marginales et des hémorragies intrakystiques qui se produisent sous l'influence de causes vraisemblablement minimes. Ce mode de développement de l'hématome explique la phase de latence qui existe souvent entre le traumatisme causal et l'apparition des premiers signes cliniques.

G. et M. posent la question des rapports entre ces hématomes sous-duraux et la pachyméningite hémorragique de Virchow sans la résoudre.

H. Schaeffer.

Barré et **Greiner**. ***Etude clinique et anatomique d'un cas de thrombo-phlébite cérébrale partielle puerpérale*** (*Revue neurologique*, 39e année, t. II, n° 4, Octobre 1932). — La thrombophlébite puerpérale des sinus est une affection rare et a été l'objet jusqu'ici de travaux assez rares.

Chez une jeune femme de 25 ans, on voit apparaître successivement un état de torpeur cérébrale, des crises convulsives, suivies de céphalées violentes, une hémiplégie droite passagère, une hémiparésie gauche variable. Tous ces symptômes eurent le caractère d'apparaître brusquement et de disparaître avec rapidité, changeant d'intensité d'un moment à l'autre. Après cette phase de torpeur la malade recouvrit d'ailleurs sa lucidité complète ainsi que l'usage de ses membres, après quoi elle tomba dans le coma terminal. L'autopsie montra une thrombo-phlébite de la veine de Labbé de l'hémisphère droit et des veines qui s'y rendent, et de la veine de Trolard. Sur la coupe les deux thalamus, surtout le droit, sont œdémateux, mous et rouges.

B. et G. insistent dans ce cas, outre la mutabilité des symptômes cliniques, sur leur variation suivant l'état de veille ou de sommeil pathologique de la malade. Pendant la phase de torpeur profonde, il y avait forte hypothermie du membre inférieur gauche, diminution et abolition des réflexes tendineux, signe de Babinski typique; et tous ces signes disparaissaient quand la malade se réveillait spontanément ou sous l'influence d'une excitation.

La variabilité des réflexes tendineux suivant la position de la malade est également digne de remarque. Les réflexes tendineux des membres inférieurs, abolis dans le décubitus dorsal, réapparaissaient quand la malade était mise sur le côté.

Il faut noter encore la variation suivant l'état de veille ou de sommeil du tonus des membres supérieurs qui faisait que, pendant la veille, le membre supérieur sain conservait mieux les attitudes, alors

qu'en état de sommeil c'était le membre parésié.

Ces multiples considérations, dont l'interprétation reste délicate, méritaient d'attirer l'attention sur cette observation.

H. Schaeffer.

LE SANG
(Paris)

P. Emile-Weil et **Jacques Bousser.** ***Les états hémorragiques post-auriques*** (*Le Sang*, tome VI, n° 8, 1932). — Ce mémoire met au point d'une façon très complète et très claire la question des accidents hémorragiques au cours du traitement par les sels d'or. Ils sont rares (une trentaine d'observations environ). C'est à propos de 4 cas personnels que E.-W. et B. publient cet article.

L'aspect clinique est à peu près semblable à celui observé dans les accidents par les arsénobenzols. On peut les diviser en 4 catégories: Hémorragies isolées, purpuras simples ou avec hémorragie légère, purpura aigu hémorragique et formes associées. Le purpura aigu hémorragique s'accompagne de saignements multiples, abondants, avec grande anémie, il peut entraîner la mort. On y retrouve les éléments sanguins de tout purpura. Les hémorragies peuvent s'associer à une anémie aplastique et à l'aleucie, ou bien elles coexistent avec un ictère, dû fort probablement à une insuffisance hépatique grave. Ces accidents hémorragiques post-auriques sont rares, et, ni la nature du produit employé, ni les doses mises en œuvre ne paraissent avoir d'influence dans leur apparition. Par contre, le rôle du terrain est primordial. Les femmes sont beaucoup plus fréquemment atteintes, peut-être du fait qu'il existe, chez elles, une certaine fragilité de l'appareil sanguiformateur. On retrouve toujours, quand on pense à le rechercher, un terrain hémogénique et des troubles hépatiques antérieurs. En outre, il s'agit souvent de sujets polysensibilisés, ayant présenté des phénomènes anaphylactiques. La tuberculose ou le rhumatisme chronique initiaux ne semblent pas jouer un rôle, mais il faut souligner, au cours de ces accidents, l'intervention possible d'une cure antérieure au thorium. E.-W. et B. s'arrêtent longuement sur le chapitre physio-pathologique. Ils inclinent à rejeter l'hypothèse d'un biotropisme ou d'une intoxication. La rareté de ces faits, l'emploi de doses élevées de sels d'or, sans apparition d'aucun accident hémorragique, plaident contre cette dernière idée. Il s'agirait bien plutôt d'intolérance, sur des terrains préparés, de purpuras anaphylactiques. E.-W. a expérimenté *in vitro* et *in vivo* chez le lapin l'action de six sels d'or sur la coagulation. *In vitro*, ils rendent tous, et très fortement, le sang incoagulable. Cette action ne paraît pas être due à la fonction soufrée; les sels d'or agissent sur la prothrombine, la thrombine qui est diminuée, et aussi le cytozyme.

Le pronostic est assez bon, si on cesse aussitôt le traitement; sinon des accidents graves sont possibles, et l'intoxication se surajoute à l'intolérance. Les thérapeutiques ont un excellent effet. On peut utiliser les injections de sang humain, ou des transfusions sanguines de moyenne importance et répétées. On y adjoindra l'hépatothérapie, et une médication antichoc par les hyposulfites. Mais le traitement doit être surtout préventif: enquête minutieuse des antécédents, recherche de l'insuffisance hépatique par les moyens les plus sûrs. Les hémoptysies antérieures ne sont pas une contre-indication, mais elles nécessitent une recherche plus rigoureuse encore des troubles sanguins du sujet.

En cours de traitement la surveillance restera attentive, on suivra les variations de l'état du sang par des examens répétés. L'apparition d'une hémorragie devra faire cesser immédiatement et d'une façon définitive la thérapeutique aurique.

A. Escalier.

LYON CHIRURGICAL
(Paris)

Angelesco, Buzoianu et **Caramzulesco.** ***Recherches sur la pathogénie de la céphalée post-rachianesthésique*** (*Lyon Chirurgical*, tome XXIX, n° 5, Septembre-Octobre 1932). — La céphalée a pour point de départ la dure-mère dont les filets nerveux sont douloureusement comprimés par la vaso-dilatation parétique des capillaires méningés. Elle se produit dans des conditions identiques de dose, de niveau, après certaines rachianesthésies et pas après d'autres. Il y a donc un facteur variable qui n'est autre que l'état du tonus du système neuro-végétatif de l'opéré.

A., B. et C. ont, chez 20 sujets, en utilisant la méthode de Danielopolu (atropine et orthostatisme), étudié le tonus végétatif avant l'opération, puis vingt-quatre et quarante-huit heures après. Il en résulte que la rachianesthésie détermine une hypoamphotonie dont la présence coïncide toujours avec celle de la céphalée et reste avec elle en rapport d'intensité et de durée. Hypoamphotonie, céphalée, sont associées à un troisième phénomène constant: l'hypotension artérielle et presque sûrement aussi à l'hypotension céphalo-rachidienne. L'hypoamphotonie est le phénomène primitif, commandant les deux autres.

L'action directe du toxique sur les centres végétatifs médullaires explique surtout les accidents immédiats de l'anesthésie et des vingt-quatre heures consécutives. Mais, la céphalée tardive et persistante ne peut s'expliquer que par l'action indirecte exercée sur le système végétatif par les ions humoraux dont l'équilibre rompu peut n'être que tardivement rétabli sous l'action des sécrétions endocriniennes.

L'hypoamphotonie, due à la rachianesthésie, porte surtout sur le sympathique; il en résulte que la vagotonie devient prédominante, que son action vaso-dilatatrice générale entraîne l'hypotension et que son action vaso-dilatatrice méningée produit la céphalée.

On peut ainsi, par l'épreuve de Danielopolu, prévoir la réaction des malades à la rachianesthésie. Les vagotoniques, les hyposympathicotoniques auront sûrement de la céphalée, les sympathicotoniques en seront exempts.

La substance employée (novocaïne en solution à 8 pour 100, la tropacocaïne, la tutocaïne), la quantité de liquide injectée jouent aussi un rôle dans l'apparition et la durée de la céphalée.

L'injection pré-opératoire de morphine, elle-même amphohypotonisante, est à rejeter.

L'injection de caféine, d'huile camphrée, la digitale ont une action calmante passagère comme la vaso-dilatation coronarienne et le relèvement de pression qu'elles déterminent.

Le meilleur remède est l'*éphétonine* (ou l'éphédrine), substance amphotonique à prédominance sympathique. Son action durable est égale et préférable à celle de l'adrénaline, plus brutale, plus dangereuse et passagère. Après une injection de 1 cmc (0,05 centigr.), la céphalée cesse en une demi-heure; la régulation vago-sympathique obtenue entraîne le relèvement de la pression sanguine. Il y a une action directe sur le système vago-sympathique et indirecte, soit par l'intermédiaire d'une glande endocrine, soit par l'augmentation dans le milieu interne des ions sympathicotoniques. Ces injections, en cas de persistance de la céphalée, peuvent être répétées les jours suivants. Le *calcium* est aussi amphotrope à prédominance sympathique, mais son action est plus lente. Il doit être employé sous forme de lactate de calcium, pendant trois à huit jours, à la dose de 4,6 ou 8 gr. par jour.

P. Grisel.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON
(Lyon)

J. Graber-Duvernay (Aix-les-Bains). ***Un traitement nouveau de l'arthrite chronique de la hanche: le forage de l'épiphyse fémorale*** (*Journal de médecine de Lyon*, tome XIII, n° 304, 5 Septembre 1932). — G.-D. apporte 10 observations de malades atteints d'arthrite chronique de la hanche douloureuse, qui ont été pour la plupart très soulagés par le forage de l'épiphyse fémorale. C'est Duvernay, d'Aix-les-Bains, qui le premier a eu l'idée de cette intervention en adoptant les conceptions pathogéniques de Leriche et Policard sur la formation des arthrites déformantes. La première opération fut tentée en Décembre 1930 de concert avec Cléret, sur une malade de 75 ans, diabétique. En Mai 1931, une seconde malade était opérée par Cléret. Depuis, G.-D. en a fait opérer 8 par Arnaud.

La technique est très simple: c'est, sous anesthésie locale, un forage de l'épiphyse fémorale, suivi ou non de l'introduction d'une petite cheville d'os mort. L'instrumentation est rudimentaire, pouvant à la rigueur se réduire à un bistouri, quelques pinces et une simple vrille à bois pour procéder au forage. Certaines précautions sont cependant nécessaires. C'est ainsi qu'il est indispensable de repérer radiologiquement avant l'intervention le centre de la tête fémorale que le forage doit atteindre.

Il n'y a pas d'immobilisation post-opératoire dans un appareil plâtré. Le patient peut recommencer à marcher douze à quinze jours après l'intervention.

Le résultat a été une sédation ou une très importante diminution des douleurs dans les trois jours qui ont suivi l'opération. Chez 8 opérés cette amélioration s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Le forage, opération de petite chirurgie, n'a que de rares contre-indications (obésité). Les vieillards, les diathésiques non défaillants, habituels laissés pour compte de la chirurgie, peuvent bénéficier de cette intervention dont la seule indication est la souffrance.

LYON MÉDICAL

P. Pavie et **H. Mollard.** ***Modifications de la formule leucocytaire au cours des accidents du traitement aurique*** (*Lyon Médical*, tome CL, n° 42, 16 Octobre 1932). — La conduite de la chrysothérapie est facilitée par la recherche régulière des variations possibles du taux et de la formule des leucocytes du sang. Cette recherche doit être fréquemment répétée en raison de la brusquerie avec laquelle, parfois, surviennent les modifications.

Dans l'innombrable liste des accidents et incidents dus aux sels d'or, on constate que certains d'entre eux s'accompagnent d'éosinophilie sanguine, d'autres de polynucléose neutrophile, d'autres enfin d'une leucopénie grave. Parfois aussi, il n'y a aucune modification caractéristique de l'équilibre des leucocytes; c'est donc une erreur de vouloir attacher à la seule éosinophilie une valeur absolue pour la conduite du traitement. Cependant, la pratique montre que les variations leucocytaires représentent une fidèle mesure de la réceptivité de l'organisme aux sels d'or. Tout déséquilibre dans la proportion des éléments traduit une souffrance de l'organisme.

L'éosinophilie paraît constante au cours des aurides cutanées et muqueuses; elle accompagne aussi les accidents d'intolérance d'ordre général.

La polynucléose neutrophile avec leucocytose est la formule trouvée dans la « grippe aurique », les accidents thermiques de fin de série, certains troubles digestifs, des réactions focales; elle répond à la saturation de l'organisme par les sels d'or.

La leucopénie et la diminution des polynucléaires neutrophiles sont rares, et de pronostic sombre, alors que l'éosinophilie est, en général, un élément de bon pronostic.

Il existe une vulnérabilité individuelle aux sels d'or; l'étude des modifications de la formule leucocytaire est utile pour la déceler précocement et éviter des accidents plus graves.

ROBERT CLÉMENT.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Vienne et Munich)

Erich Hesse, Erich Baumgart et Hertha Dickmann. ***Potentialisation des hypnotiques par les analgésiques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 40, 1er Octobre 1932). — H., B. et D. ont étudié les effets hypnotiques des mélanges comprenant un hypnotique et un analgésique. Dans ces expériences, ils ont utilisé les souris auxquelles ils ont administré d'abord une dose d'hypnotique tout juste insuffisante pour provoquer le sommeil en décubitus latéral et en outre la 1/2 ou le 1/20 de la dose toxique d'un analgésique. Quand, dans ces conditions, le sommeil apparaissait, on pouvait parler d'une potentialisation véritable de l'hypnotique d'autant plus que dans certains cas, ce dernier était donné à la dose de 1/6 de la dose active.

Les combinaisons utilisées ont montré que l'hydrate de chloral, qui agit principalement sur l'écorce, a ses effets légèrement augmentés par la colchicine et par l'acide phénylchinoline carbonique. L'augmentation est très nette avec un mélange de codéine, de phénacétine et d'acide acétylsalicylique (comprimés Treupel) ou avec un mélange d'acide di-éthylbarbiturique et de pyramidon (véramon). Cette potentialisation est encore plus marquée avec l'éthoxyphénylguanylthio-urée.

Les effets de l'acide di-éthylbarbiturique sont légèrement augmentés par l'aconitine, un peu plus par la colchicine, fortement par les comprimés Treupel et la phénacétine. La potentialisation du bromisovalérianyl-urée (bromural) ne se produit pas de la même manière bien qu'elle s'observe avec les comprimés Treupel. On peut d'ailleurs obtenir les mêmes effets en augmentant la dose d'hypnotique et en diminuant celle d'analgésique ou inversement. Cependant deux hypnotiques appartenant au même groupe et agissant tous deux sur l'écorce comme la paraldéhyde et l'hydrate de chloral ne donnent pas les mêmes effets avec un même analgésique. On ne saurait donc prévoir d'avance quels seront les effets d'un mélange déterminé. Au total, ces expériences ont montré l'utilité clinique d'une série de combinaisons, par exemple de la phénacétine et du bromural ou du véronal, du véramon et de l'hydrate de chloral, etc.

P.-E. MORHARDT.

D. Adlersberg. ***Etats psychiques d'excitation chez des diabétiques hypoglycémiques et leur signification médico-légale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 40, 1er Octobre 1932). — On a décrit en même temps des signes somatiques et des signes psychiques d'hypoglycémie survenant chez des diabétiques. Parmi ces derniers figurent l'anxiété, l'irritabilité, le rire et le pleurer spasmodiques et des états d'excitation diverse avec parfois même perte de la connaissance. Deux cas de A. ont pris, du fait de symptômes psychiques, un intérêt médico-légal.

Dans un premier cas, il s'agit d'un diabétique de 51 ans qui se traite depuis des années par l'insuline et qui présente parfois des accès d'hypoglycémie avec modifications profondes de sa personnalité psychique. Il devient grossier, irritable et n'a plus la force ni la volonté de consommer le sucre qu'il porte toujours en réserve sur lui. Dans un cas, une crise de ce genre lui est arrivée alors qu'il était en tramway. On l'a arrêté, mais on est arrivé à le faire relâcher.

Dans un second cas, il s'agit d'une diabétique de 37 ans dont A. sait qu'elle présente souvent des crises d'hyperinsulinisme avec modifications psychiques profondes: irritabilité, etc. Au cours d'une crise de ce genre, elle a été également arrêtée parce qu'elle injuriait sans raison un policier. Après la crise, il y a, dans ce cas comme dans l'autre, amnésie complète.

Dans l'ensemble, ces malades présentent les symptômes d'un état d'ivresse ou encore d'affect pathologique. Ces symptômes sont toujours accompagnés de signes caractéristiques de l'hypoglycémie: sueurs profuses, pâleur ou rougeur de la peau, pouls petit et fréquent, etc. Les circonstances déterminantes sont parfois un excès de dosage d'insuline ou encore une insuffisance d'hydrates de carbone dans le régime. Mais parfois, on ne trouve rien qui explique l'apparition de ces symptômes. Cependant, leur cause peut être facilement mise en évidence au point de vue médico-légal.

P.-E. MORHARDT.

Fülleborn. ***Revue des faits pratiquement les plus importants sur la clinique et la prophylaxie de l'infection par ascaris*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 40, 1er Octobre 1932). — F. rappelle d'abord que les ascaris vivent surtout dans le jéjunum où ils peuvent se trouver en nombre très élevé et qu'ils déterminent parfois des spasmes intestinaux quand il leur arrive de migrer dans d'autres parties du tube digestif. En tout cas, on en trouve dans l'estomac, dans la bouche, dans le nez, dans le larynx et dans les bronches, jusque dans le canal lacrymal ainsi que dans les voies biliaires, dans l'appendice, etc. Il arrive également qu'ils traversent des plaies opératoires et provoquent ainsi des péritonites.

Les troubles ainsi provoqués sont en général purement mécaniques. Mais on a fait également intervenir des troubles toxiques. Les aldéhydes de la série grasse paraissent ainsi provoquer de l'éosinophilie. Par contre, les extraits d'ascaris ne paraissent pas déterminer d'anémie sévère. Dans les troubles toxiques, il faut en général faire intervenir une disposition et plus spécialement un état allergique ou anaphylactique. L'ascaris du cheval détermine des conjonctivites et d'autres symptômes anaphylactiques qui sont bien connus. L'ascaris humain n'a pas les mêmes propriétés. Cependant, quelques symptômes comme le prurit anal, l'œdème de la glotte, le fait chez les enfants de se mettre les doigts dans le nez, l'asthme, la fièvre et des symptômes nerveux ont été rattachés aux ascaris. Mais, le plus souvent, les ascaris constituent un parasite tout à fait inoffensif. En tout cas, on ne doit en faire le diagnostic que si on trouve des œufs dans les selles.

La méthode recommandée par F. consiste à étaler un fragment de fèces sur un porte-objet et à l'examiner à un grossissement pas trop fort. La méthode de la solution salée concentrée ajoutée à 1/20 de son volume de matières fécales donne également de très bons résultats parce que les œufs se trouvent ainsi réunis à la surface. Le fait qu'on ne trouve pas d'œufs dans les selles après une cure n'a de signification que si cet examen a eu lieu au moins douze jours après la cure quand il s'agit d'essence de chénopodium. Les cutiréactions n'ont pas grande signification diagnostique car elles restent longtemps positives.

Au point de vue thérapeutique, F. remarque que l'essence de chénopodium est plus active que la santonine mais qu'il faut la prescrire non par gouttes mais, pour éviter des erreurs, par fractions de centimètre cube à la dose convenable pour une seule cure. Pour les adultes, la dose est de 1 cmc. Pour les enfants on compte autant de gouttes de 0,025 cmc que d'années d'âge et on renouvelle cette dose au bout d'une heure. En cas d'insuccès, la cure ne doit pas être renouvelée avant le dixième jour. Un laxatif est absolument indispensable et doit être donné en même temps ou même avant l'essence (huile de ricin, sulfate de magnésie, etc.). Actuellement, les recherches se poursuivent aux Etats-Unis et en Allemagne pour trouver un produit efficace.

P.-E. MORHARDT.

Carl Schlesmann. ***Diagnostic sérologique de l'infection par bacilles de Bang chez l'homme*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 41, 8 Octobre 1932). — Au cours de ses recherches, S. a utilisé un antigène polyvalent contenant des bacilles de Bang et des mélitocoques. Il a d'abord été procédé à une réaction de précipitation sur 200 sérums dont 42 provenant de 23 sujets atteints de maladie de Bang. Comme contrôle, on a utilisé la réaction d'agglutination et de fixation du complément. Dans 35 cas, l'agglutination a été forte ou moyenne; dans 25 cas, la fixation du complément a été forte et dans 12 cas il y a eu précipitation. L'antigène mélitococcique serait un peu plus sensible avec les divers modes de réaction. Ainsi, la méthode de précipitation est possible, mais elle est moins sensible que les autres. En outre, elle exige un sérum absolument clair, mais sa technique est d'une grande simplicité.

La réaction de Meinicke n'a été utilisée jusqu'ici que pour le diagnostic de l'infection à bacilles de Bang dans le gros bétail, mais pas chez l'homme. S. a comblé cette lacune en procédant à 100 examens de sérums dont 21 provenant de 12 malades infectés par les bacilles de Bang. Pour tous les échantillons, on a utilisé le procédé de la centrifugation que S. a proposé pour la recherche sérologique de la syphilis. Les réponses ont été avec l'agglutination 18 fois fortes ou moyennes, avec la fixation du complément 14 fois et avec le procédé de centrifugation 12 fois positives.

Enfin, dans un cas, il a été possible d'examiner le liquide d'un épanchement articulaire du genou qui a donné une réaction fortement positive avec ces divers procédés. Ainsi, la méthode de précipitation et le procédé de centrifugation permettent de diagnostiquer l'infection par bacilles de Bang chez l'homme. Mais la méthode de l'agglutination est la plus sensible. Les autres ne doivent donc être utilisées que quand cette dernière est impossible. Quant au procédé de centrifugation, il est inutilisable quand le sérum donne une réponse positive pour la syphilis.

P.-E. MORHARDT.

Fülleborn. ***Revue des faits pratiquement les plus importants sur la clinique et la prophylaxie de l'infection par ascaris*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 41, 8 Octobre 1932). — Au point de vue épidémiologique, F. remarque que l'ascaris lombricoïdes s'observe chez l'homme presque dans le monde entier. Les ascaris des animaux (chiens, chats, porcs) n'entrent guère en ligne de compte. C'est surtout par les œufs contenus dans les fèces où les femelles les déversent à la dose de 2.000 par gr. que la transmission se fait. Mais pour cela, il faut que l'œuf se soit transformé en larve mobile, ce qui prend quinze jours au Japon et au moins le double dans nos pays. D'ailleurs, ces larves restent vivantes pendant des années. Mais, en général, elles meurent pendant l'été dans les contrées tropicales et pendant l'hiver dans nos pays.

La transmission se fait par déglutition des poussières ou d'aliments et plus spécialement de légumes consommés crus et infectés. Cette infection se produit surtout entre 5 et 15 ans et s'observerait à Zurich avec le maximum de fréquence, entre 5 et 6 ans, âge auquel on trouve des ascaris dans 66 pour 100 des cas. Il semble que l'infection soit plus fréquente au printemps d'après No-

vak et en automne d'après F. ainsi que d'après Hippocrate. Il semble d'ailleurs que la fréquence de l'ascaris ait augmenté du fait de l'usage des régimes de crudités, surtout quand l'engrais employé pour les légumes est représenté par des matières fécales humaines.

Au point de vue prophylactique, il y a naturellement à veiller aux latrines dans les écoles surtout à la campagne. On doit également veiller au nettoyage des légumes. Le lavage ordinaire ne suffit pas en effet à débarrasser les feuilles de salade et les radis des œufs d'ascaris. Les radis peuvent être plongés dans l'eau à 70° pendant une seconde ou dans l'eau à 55° pendant cinquante secondes et enfin, il faut renoncer aux engrais de matières fécales humaines pour les légumes.

Les larves d'ascaris, une fois qu'elles ont pénétré dans le tube digestif, passent à travers les parois digestives et par la veine porte atteignent le foie d'où elles passent dans le système lymphatique ou encore dans l'artère pulmonaire. Là, elles peuvent être résorbées ou encore expulsées et alors être de nouveau avalées et devenir sexuellement mûres. Mais, comme l'a montré F., certaines larves passent dans les veines pulmonaires et atteignent ainsi tous les tissus de l'organisme où elles sont détruites sans laisser de trace quand il s'agit d'ascaris lombricoïdes. Ainsi, les seuls symptômes cliniques constatés concernent les poumons ou le foie. La pneumonie par ascaris qui s'observe souvent chez les jeunes porcs doit être envisagée comme une chose possible chez l'homme comme Koino l'a montré en avalant 2.000 œufs d'ascaris. Mais le diagnostic de pneumonie par ascaris ne peut être fait qu'à l'autopsie bien que l'éosinophilie du sang et de l'expectoration puisse créer des soupçons.

P.-E. Morhardt.

DER CHIRURG
(Berlin)

W. König (Leipzig). ***Le traitement pré-opératoire de la maladie de Basedow, par l'iode et les sels alcalins. Opérations en un et deux temps*** (*Der Chirurg.*, t. XVIII, 15 Septembre 1932). — Dans cet article, la question du traitement pré-opératoire de la maladie de Basedow est remis en jeu.

K. montre en effet, dans la première partie de son travail, combien il est difficile de savoir si, oui ou non, le malade réagit à l'iode. Dans certains cas en effet, le traitement au lugol, qui amène une chute du M. B., ne fournit en revanche aucune amélioration clinique. Dans d'autres, la réaction du malade est inverse. Le contrôle ne peut être établi que sur la constatation d'une amélioration de tous les symptômes, tant en ce qui concerne la chute du M. B., que la cédation des signes cliniques (amélioration de la tachycardie, disparition du tremblement et de l'éréthisme, augmentation du poids, etc.).

En tenant compte en effet, de ce principe, K. montre que l'iode, loin d'améliorer tous les cas, en aggrave certains. De fait, sur 62 cas traités par lui, dont 34 avec iode, 21 cas sont améliorés et 13 n'ont pas réagi à l'iode. Il existe donc dans l'ensemble 38 *pour* 100 *de cas iodo-résistants*. Or, il s'agit précisément des cas les plus graves, cas qui supportent très mal la thyroïdectomie, que celle-ci soit faite en un ou en deux temps; car même dans ce dernier cas, l'inefficacité du traitement iodé ne met pas le malade à l'abri des risques de la thyroïdectomie.

Quelle est donc la ligne de conduite à tenir? Tout en reconnaissant la valeur du traitement iodé dans beaucoup de cas, et en l'utilisant avec succès, K. indique la façon dont il traite les cas iodo-résistants. Il préconise l'intervention en deux temps avec préparation médicale spéciale. Avant le premier temps (ligature des 2 thyroïdiennes supérieures) et entre le premier et le deuxième temps, il soumet le malade a un régime fortement alcalin, lui donne de la phytine et, dans les cas s'accompagnant d'une forte tachycardie, du bromhydrate de quinine.

C'est par ce traitement, surtout par la forte alcalinisation, qu'il a pu mener à bien le traitement chirurgical de Basedow grave. La constatation d'une baisse considérable de la réserve alcaline dans la plupart des cas observés a été pour lui l'idée directrice, qui l'a amené à transformer ainsi le traitement préopératoire du Basedow.

J.-Ch. Bloch.

ARCHIVOS ARGENTINOS DE ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE LA NUTRICION
(Buenos-Aires)

C. B. Udaondo et **A. M. Centeno.** ***Les crises pseudo-angineuses dans les hernies diaphragmatiques*** (*Archivos argentinos de enfermedades del aparato digestivo y de la nutricion*, t. VII, n° 5, Juin-Juillet 1932). — Les crises pseudo-angineuses des sujets atteints de hernie diaphragmatique sont connues depuis un mémoire de Cade et Montaz. Elles éclatent après les repas et sont calmées par les vomissements. Elles sont variables avec le décubitus, et comportent une irradiation cubitale.

Les auteurs apportent une observation, illustrée de clichés radiographiques, montrant une hernie de l'orifice œsophagien. Le diagnostic d'angor vrai avait été maintenu longtemps en raison de l'hypertension artérielle, malgré des troubles digestifs nets: pyrosis, paresse intestinale.

Expérimentalement chez le chien, la compression des vagues dans l'orifice diaphragmatique œsophagien ralentit l'irrigation coronaire.

G. d'Heucqueville.

ANALES DE MEDICINA INTERNA
(Madrid)

G. Maranon. ***Sur l'asthme endocrinien*** (*Anales de medicina interna*, t. I, n° 7, Juillet 1932). — L'auteur rappelle les travaux de Widal sur l'allergie et les ruptures d'équilibre colloïdo-clasique, ceux de Bezançon, mettant en évidence les « épines organiques locales » dans l'asthme, et ceux de Jimenez Diaz niant ces épines et comparant le déterminisme des crises d'asthme à celui des crises d'épilepsie.

Sur 98 asthmatiques traités dans le service de M., 33 pouvaient être rattachés à l'asthme endocrinien. Il rapporte 20 observations.

Tous les troubles endocriniens peuvent se trouver à l'origine de l'asthme. Les plus fréquents sont les insuffisances ovariennes (les rapports de l'asthme et de la grossesse sont d'ailleurs variables et déconcertent toutes explications). L'asthme des hyperthyroïdiens est rapidement amélioré par le traitement. Les insuffisances thyroïdienne, parathyroïdienne, testiculaire, hypophysaire, pancréatique s'observent chez les asthmatiques.

M. dénie des caractères spéciaux à l'asthme endocrinien: c'est seulement un asthme d'étiologie endocrinienne. G. d'Heucqueville.

REVISTA DE SANIDAD Y DE HIGIENE PUBLICA
(Madrid)

La Dra. C. G. de Cosa. ***7 cas de double infection par le paludisme et la fièvre récurrente*** (*Revista de sanidad y de higiene publica*, t. VII, n° 8, Août 1932). — L'association du spirochète de la fièvre récurrente espagnole avec l'hématozoaire de Laveran, non exceptionnelle, ne s'observe guère cependant quand la thérapeutique a été efficace. C. en rapporte 7 cas, avec examens complets et graphiques, observés en 1931 au dispensaire antipaludique de Talaveira de la Reina, parmi 365 paludéens.

C'est d'ordinaire au cours d'un accès palustre qu'on découvre le spirochète dans le sang. Ce dernier, diminuant la résistance de l'organisme, sera facteur ultérieurement de réinfections paludéennes précoces.

Les deux affections, contractées à faible intervalle, retentissent peu l'une sur l'autre. Dans la moitié des cas, le rythme quotidien ou alterné des accès n'est pas modifié par la spirochétose intercurrente. L'examen montre, dans les cas de biparasitisme, une splénomégalie tenace, la présence de cellules de Rieder dans le sang (Pratiquer le premier prélèvement en période d'apyrexie).

Thérapeutique décevante: atébrine et plasmoquine sont mal supportées associées.

G. d'Heucqueville.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOPITAL
(Baltimore)

H. Josephs. ***Mécanisme de l'anémie dans la première enfance*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome LI, n° 4, Octobre 1932). — L'anémie se produit lorsque la formation des hématies est incapable de remplacer celles qui ont été détruites. J. a essayé d'exprimer le taux de la réparation sanguine et celui de la destruction en unités de façon à mettre en évidence le déséquilibre entre les deux processus. Pour apprécier grossièrement la destruction globulaire, il a dosé l'excrétion de l'urobiline dans les matières, par la méthode de Elmans et Mac Master; le dosage dans les urines est inutile, car l'urobiline urinaire représente à peine 10 pour 100 de l'excrétion totale et varie quotidiennement dans de grandes limites. Sous le terme d'urobiline sont comprises toutes les substances contenues dans les selles capables de donner une fluorescence verte dans la solution alcoolique d'acétate de zinc. L'unité de destruction globulaire est l'excrétion quotidienne de 0 milligr. 4 d'urobiline par gramme d'hémoglobine circulante.

Le pourcentage de réticulocytes dans le sang circulant est une image de l'activité hématopoïétique de la moelle osseuse.

Les anémies chroniques relèvent souvent de plusieurs causes. Laissant de côté les cas dans lesquels une hémorragie, un poison ou un agent destructeur comme les rayons X jouent un rôle, il faut considérer dans chaque cas 3 facteurs possibles: infectieux, alimentaire et constitutionnel.

La *constitution* est une notion vague; cependant, le premier âge est une période où l'organisme est particulièrement susceptible aux agents provoquant l'anémie et certains nourrissons sont plus sensibles que d'autres. Dans certains types d'anémie aplastique ou hémolytique, le facteur constitutionnel semble dominer le tableau et conduit à la dénomination d'anémie primitive. L'anémie dite physiologique du nouveau-né prématuré ou à terme peut être considérée comme due à un élément constitutionnel temporaire.

Si la cause originelle de l'anémie est souvent obscure, il est important de connaître les facteurs qui prolongent l'anémie; parmi ceux-ci, les *infections* même légères jouent un rôle qui n'est pas négligeable.

Dans certains cas, on trouve nettement à la base de l'anémie une *faute alimentaire*, une avitaminose, par absence de vitamine antiscorbutique, ou complexe. On a accusé longtemps la carence de fer dans

le lait; celle-ci ne s'explique guère que s'il y a un facteur constitutionnel, absence de réserve de fer. Dans d'autres cas d'anémie alimentaire, il ne suffit pas d'incriminer l'absence d'une substance nécessaire à la formation de l'hémoglobine, l'augmentation de l'excrétion de l'urobiline est difficile à expliquer sans infection et viendrait à l'appui de l'idée qu'il y a dans le lait une substance toxique hémolytique.

L'effet du fer inorganique est connu depuis longtemps, il augmente le nombre des réticulocytes, immédiatement et davantage que chez l'adulte. Le cuivre ne semble pas avoir d'action sur les réticulocytes ou sur l'excrétion urobilinique; son action la plus nette semble se faire sur la formation de l'hémoglobine. Si le fer augmente l'activité hémopoiétique, le cuivre a une tendance à élever l'index colorimétrique. Si le cuivre paraît accélérer la guérison de quelques cas d'anémies, il n'est pas démontré que son administration soit essentielle dans le traitement d'aucun cas d'anémie.

Robert Clément.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

M. Bruger et **H. O. Mosenthal.** ***L'épreuve de l'élimination uréique en tant qu'index de la fonction rénale*** (*Archives of internal Medicine*, tome L, n° 3, Septembre 1932). — Austin et Van Slyke ont vu que le taux normal de l'excrétion uréique, chez l'homme et chez le chien, augmente, premièrement, directement proportionnellement à la concentration de l'urée sanguine; deuxièmement, proportionnellement à la racine carrée du volume d'urine par unité de poids corporel. De plus, ils ont constaté qu'une augmentation croissante de l'urine ne s'accompagne pas indéfiniment d'une augmentation de l'excrétion uréique. Le point auquel l'accélération du débit urinaire cesse d'être parallèle à l'élimination de l'urée est la « limite d'augmentation » et se trouve entre 2 litres 1/2 et 6 litres par vingt-quatre heures chez les sujets normaux, c'est-à-dire entre 1 cmc 7 et 4 cmc 1 par minute. Möller, McIntosh et Van Slyke, qui ont trouvé chez 7 sujets normaux que la « limite d'augmentation » était comprise entre 1 cmc 67 et 2 cmc 55 d'urine excrétée par minute, ont appelé maximum d'élimination uréique la quantité de sang débarrassée d'urée en une minute dans ces conditions d'activité. Cette quantité est en moyenne de 75 cmc de sang par minute chez les sujets normaux. Ce chiffre peut être calculé à partir des concentrations de l'urée dans le sang (B) et dans l'urine (U) et du débit de l'urine (V) en centimètres cubes. Elimination maximum $(Cm) \frac{UV}{B}$.

Ultérieurement B. et M. ont montré qu'on obtient des valeurs normales plus constantes en tenant compte de la surface du corps qui joue un rôle plus important que son poids. Le volume du débit urinaire corrigé s'exprime ainsi:

$$Vc = \frac{V \times 1{,}73}{\text{surface du corps}}.$$

B. et M. ont étudié pendant trente heures l'élimination uréique chez 8 sujets normaux soumis à un exercice modéré. La comparaison de leurs résultats avec ceux des auteurs précédents montre que cet exercice augmente nettement l'élimination de l'urée chez les individus normaux comparés à ceux qui restent au lit pendant l'épreuve.

Cette élimination présente des variations importantes chez les personnes normales et chez le même sujet à des moments différents, et il est difficile d'arriver à fixer le taux de l'élimination. Aussi ne faut-il pas considérer ce taux comme traduisant la valeur absolue de la fonction rénale. Un chiffre de 52 pour 100 du taux normal n'indique pas forcément une altération du fonctionnement du rein. Avec les lésions rénales, l'élimination diminue ainsi que l'amplitude des variations dans l'élimination dans le temps, l'instabilité fonctionnelle du rein étant un indice de son fonctionnement normal. Aussi faut-il trouver des valeurs basses de façon permanente pour en conclure à une altération de l'organe.

P.-L. Marie.

M. J. Lepore. ***Œdème expérimental produit par la déplétion du plasma sanguin*** (*Archives of internal Medicine*, tome L, n° 3, Septembre 1932). — Selon la conception de Starling, l'œdème peut se produire d'au moins deux façons différentes: ou la pression capillaire du sang (force de filtration) peut augmenter, la pression osmotique des colloïdes du plasma restant constante; ou la pression osmotique de ces colloïdes peut diminuer, la pression capillaire demeurant la même.

L'application de cette conception à la pathogénie de l'œdème des néphroses a suscité de nombreuses recherches sur le rôle joué par la pression osmotique des colloïdes du plasma dans la répartition des liquides. Chez les néphrosiques et les sous-alimentés porteurs d'œdèmes on trouve toujours une faible pression osmotique des colloïdes et de basses concentrations des protéines du plasma. Expérimentalement, on est arrivé, en diminuant la concentration des protéines du plasma par la plasmaphérèse (soustraction de sang, élimination du plasma remplacé par du sérum de Locke, réinjection des éléments figurés), à reproduire des œdèmes massifs allant de pair avec une diminution de la concentration des protéines du sérum.

Diverses expériences ont établi le rôle important de l'absorption d'eau et de sel dans le développement de ce type d'œdème. L. a étudié de plus près ce rôle en faisant des bilans exacts de l'eau et des chlorures chez des chiens rendus hypoprotéinémiques par plasmaphérèse et en dosant à l'autopsie l'eau et les chlorures des tissus, afin de savoir le lieu où s'accumulent ces substances.

Il a vu que l'œdème se produit chez les chiens lorsque le taux des protéines du sérum atteint 4 pour 100, que le rapport albumine/globuline diminue et que la fraction globuline se restaure plus vite que la fraction albumine. Le fibrinogène est remplacé avec une extrême rapidité. L'eau s'accumule dans tous les tissus sans exception, y compris les viscères, mais certaines régions sont relativement épargnées, ce qui semble tenir surtout à des différences locales dans la pression hydrostatique capillaire. De même, on trouve une accumulation de chlorures dans tous les tissus analysés; 61 pour 100 des chlorures se trouvaient dans les muscles où ils existaient à l'état hypertonique, tandis que 66 pour 100 de l'eau était emmagasinée dans la peau. Les chlorures retenus dans la peau paraissaient être à l'état isotonique.

Ainsi ces expériences démontrent qu'une rétention de l'eau et des chlorures s'associe à l'apparition des œdèmes. Le développement de ces derniers peut être hâté en augmentant l'administration de sel et d'eau aux animaux. Il y a donc lieu de restreindre le sel et l'eau dans le traitement de la néphrose humaine.

P.-L. Marie.

ANNALS OF SURGERY (Philadelphie)

D. G. Balfour. ***Le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal hémorragique*** (*Annals of Surgery*, Octobre 1932). — L'hémorragie survient dans environ 25 pour 100 des ulcères du duodénum. Elle peut en être l'unique symptôme. Elle peut aussi, au cours d'un ulcère, être provoquée par des lésions du foie, de la rate, etc.

Une hémorragie massive, menaçant la vie du malade, est une indication opératoire; de même des hémorragies répétées, même s'il n'y a pas d'autres signes cliniques ou radiologiques; une hémorragie unique et modérée ne suffit pas à constituer une indication.

La gastro-entérostomie donne environ 85 pour 100 de succès; cependant, elle donne lieu à l'ulcère du jéjunum dans 4 pour 100 des cas.

L'excision de l'ulcère, au besoin par le cautère, avec suture et gastro-entérostomie, est préférable. L'excision, suivie de reconstruction de l'orifice pylorique, a donné dans 400 cas une mortalité de 0,27 pour 100 et une non-récidive dans 70 pour 100 des cas.

L'exclusion du duodénum, en excluant également ou en enlevant l'antre pylorique, peut donner de bons résultats.

Le traitement le plus complet consiste dans la duodénectomie partielle, combinée à la résection gastrique. Mais elle entraîne plus de risques.

En somme, le procédé opératoire le meilleur varie avec chaque cas.

M. Guimbellot.

F. W. Rankin et **A. S. Graham.** ***Tuberculose de la glande thyroïde*** (*Annals of Surgery*, Octobre 1932). — Sur 20,758 glandes thyroïdes enlevées chirurgicalement à la clinique Mayo en onze ans, on a constaté des lésions tuberculeuses dans 21 cas, soit 0,1 pour 100. Les auteurs ont recueilli 104 autres cas publiés. Il y a une prédominance énorme chez la femme: 102 cas contre 19. Le maximum est de 30 à 50 ans.

Dans 6 cas seulement, on a trouvé des lésions tuberculeuses en un autre point de l'organisme.

Le diagnostic n'a été fait que par l'examen histologique de la pièce enlevée, sauf dans 3 cas.

Il est impossible, d'après les observations, de détailler un tableau clinique caractéristique. Le principal symptôme a été l'hyperthyroïdisme, avec un métabolisme basal augmenté à + 19. Mais on ne peut dire si c'est l'hyperthyroïdisme qui a facilité la tuberculose ou inversement.

Après thyroïdectomie, on n'a noté de déficience glandulaire que dans 3 cas sur 115.

Anatomiquement, la tuberculose diffuse miliaire avec tubercules épithélioïdes et cellules géantes fut le plus souvent observée; dans un cinquième des cas il y avait de la caséification.

La tuberculose est survenue sur un goitre adénomateux dans 51 cas, sur un goitre parenchymateux dans 31 cas, sur un goitre colloïde dans 6 cas.

Les suites opératoires et le pronostic de la thyroïdectomie furent les mêmes que pour un goitre adénomateux simple ou exophtalmique.

M. Guimbellot.

M. Ballin. ***Parathyroïdisme*** (*Annals of Surgery*, Octobre 1932). — B. a pratiqué 45 opérations de parathyroïdectomie, pour des affections diverses qu'il range en 5 groupes.

1° Il a opéré 22 cas d'*ostéite fibreuse kystique généralisée* ou maladie de Recklinghausen.

2° Il rapporte 3 cas opérés de *maladie de Paget* ou ostéite déformante. Pour lui, il y a indication à opérer quand la maladie de Paget n'est pas accompagnée de transformation maligne et surtout s'il y a des douleurs dans les os, de l'hypotonie musculaire et si les rayons X montrent à la fois de l'ostéite fibreuse kystique et de l'ostéite déformante.

3° Dans 13 cas, il s'agissait du *type arthritique* ou polyarthrite ankylosante. Les résultats ont été bons dans 6 cas, nuls dans 2, partiels dans 2, inconnus dans les 3 autres.

4° *Le type juvénile* a été rencontré chez 3 enfants et 3 adultes où le début de l'affection remontait à l'enfance. On y constate de l'ostéite fibreuse kystique surtout sur le crâne, de l'hypotonie musculaire, une teneur calcique du sérum très

élevée, et ces lésions semblent dues à un hyperthyroïdisme précoce ou congénital.

5° *Le type myasthénique* attire surtout l'attention. L'hypotonie prédomine parfois sur les symptômes squelettiques. B. en rapporte 2 observations.

Enfin, il a opéré un cas de sclérodermie avec un résultat qui semble favorable, mais l'observation est encore trop récente pour porter un jugement définitif.

M. Guimbellot.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

M. Davidson. ***La valeur de la bronchoscopie dans le diagnostic et le traitement des tumeurs intrathoraciques*** (*British medical Journal*, n° 3743, 1er Octobre 1932). — Devant l'accroissement des cas de tumeurs intra-thoraciques, les mêmes questions se posent en Angleterre que sur le continent: développement des facteurs irritants, goudron, essence d'auto, tabac ou bien développement des moyens d'investigation.

Cliniquement, on peut diviser les tumeurs du poumon en cinq groupes: celles qui ont eu pour symptôme initial une hémoptysie; celles qui se sont manifestées par une pleurésie, celles qui se sont signalées par une pneumopathie ou par une bronchite avec une dyspnée que rien ne calme et enfin celles qui se présentent avec des signes de compression.

En injectant du lipiodol, on peut reconnaître le blocage de la bronche surtout dans le cas de carcinome, mais l'absence de ce symptôme n'implique pas qu'il faille rejeter ce diagnostic.

Quand la radioscopie n'a pas permis de faire le diagnostic même après injection de lipiodol, la bronchoscopie peut donner des renseignements et permettre une biopsie. Elle permet en outre le traitement, dans certains cas, car il est généralement admis que le cancer du poumon naît aux dépens de la muqueuse bronchique et l'on peut dans ce sens introduire un tube radifère au contact du bourgeonnement cancéreux initial.

André Plichet.

Mac Crie, Mears, Millar. ***Un cas de maladie d'Addison traité par l'extrait cortical de surrénale*** (*British medical journal*, n° 3743, 1er Octobre 1932). — Il s'agit d'une femme de 17 ans chez qui le diagnostic de maladie d'Addison fut porté d'après les symptômes suivants: faiblesse, fatigabilité extrême, aménorrhée, nausées, vomissements. Pression 9/5, légère coloration boueuse des téguments de la face. Pas de pigmentation sur le reste du corps, ni sur les muqueuses.

Elle fut traitée par l'extrait surrénal cortical (Eucortone) à des doses variant de 10 cmc à 20 cmc par jour.

Elle mourut au bout de quatre mois et à l'autopsie on trouva une atrophie de la corticale des deux surrénales avec fibrose sans tuberculose. Ce qu'il y avait de remarquable, également, c'était un effort cellulaire de régénération de la corticale. Les autres vicères étaient indemnes de lésions de tuberculose.

Il est à noter que les périodes d'amélioration au cours du traitement qui dura 6 mois coïncidèrent avec des injections de doses élevées d'extrait cortical. Au contraire, l'aggravation vint quand on descendit au-dessous de 5 cmc. Ce traitement est extrêmement coûteux et il serait à souhaiter que les progrès de laboratoire mettent ce produit à un prix moins élevé.

André Plichet.

R. Cecil. ***Le traitement par la sérothérapie de la pneumonie*** (*British medical journal*, n° 3744, 8 Octobre 1932). — Le traitement de la pneumonie par le sérum antipneumoccocique est compliqué par ce fait qu'il existe plusieurs types de pneumocoques différents dans leurs réactions biologiques et cliniques. Expérimentalement, les antitoxines de ces pneumocoques ne donnent pas une protection croisée. Fort heureusement, chez l'homme, la pneumonie est surtout due à trois types de pneumocoques. Un tiers des cas est dû au type I, un quart est dû au type II qui est le plus virulent, un dixième au type III que l'on rencontre surtout chez l'enfant. Le type IV est responsable des autres cas et dans ce type on compte jusqu'à 39 espèces différentes. La sérothérapie semble agir en changeant la constitution physique et chimique de la caspule du pneumocoque et en introduisant des anticorps dans la circulation du malade.

On se sert en Amérique du sérum purifié et concentré de Felton (Harvard). Ce sérum est huit à dix fois plus fort que les autres sérums. Il est dosé à 1.000 unités de protection par centimètre cube. Chaque unité de protection correspond à la dose de sérum qui protège la souris contre un million de doses léthales, d'un pneumocoque virulent.

Le plus précocement possible, on doit pratiquer la sérothérapie de la façon suivante: s'enquérir des injections antérieures de sérum de cheval, des possibilités d'asthme, de rhume des foins, de diphtérie; faire une intradermo-réaction ou une oculo-réaction avec une dilution au dixième de ce sérum dans du sérum de cheval; si après quinze minutes ces tests sont négatifs, injecter 5 cmc lentement dans la veine; s'il n'y a pas de réaction, injecter une à deux heures après 20 cmc de sérum antipneumococcique et on répète cette dose toutes les deux ou trois heures jusqu'à ce que le malade reçoive 100 cmc. On continue cette médication, en diminuant les doses suivant l'état du malade jusqu'à la défervescence.

Dans la pneumonie du type I, la mortalité a été abaissée de 31 à 20 pour 100. Dans le type II en employant un sérum de Felton spécifique pour ce type, la mortalité a été abaissée de 37 à 24 pour 100. Pour les autres types, les résultats de la sérothérapie sont encore incertains.

André Plichet.

THE BRITISH JOURNAL of SURGERY (Londres)

W. A. D. Adamson et I. Aird. ***Mégacolon: Preuves en faveur d'une origine neurogène*** (*The British Journal of Surgery*, tome XXII, n° 78, Octobre 1932). — Dans le but de justifier la division des filets nerveux sympathiques du côlon dans le traitement du mégacôlon, qui tend à devenir l'opération de choix, A. et A. ont étudié minutieusement l'anatomie et la physiologie du côlon et ont réalisé expérimentalement chez le chat un mégacôlon progressif par destruction de l'appareil nerveux parasympathique du côlon.

Physiologiquement, l'excitation des nerfs sympathiques provoque une contraction des sphincters et une dilatation des viscères; l'excitation des filets parasympathiques provoque l'effet inverse. Il est probable que chez l'individu sain il y a un équilibre physiologique entre les 2 systèmes, l'évacuation des viscères étant déterminée par la suprématie relative du parasympathique, et le remplissage par celle du sympathique.

Pour reproduire expérimentalement un mégacôlon d'origine nerveuse, il faut exciter les filets sympathiques, ce qui est difficile à faire d'une façon prolongée, ou supprimer l'action des nerfs parasympathiques et troubler ainsi l'équilibre qui existe normalement entre les deux parties du système nerveux végétatif. Chez le chat, après anesthésie et constatation aux rayons X que le côlon était normal, l'intervention chirurgicale consistait en arrachement des racines nerveuses, section du tronc au niveau du ganglion hypogastrique, de façon à supprimer le système parasympathique du côlon et de la vessie. La rétention d'urine qui suivait l'opération provoqua de nombreuses difficultés et nécessita la cystostomie. On dut associer à la destruction des filets parasympathiques celle des filets nerveux volontaires du sphincter anal, du releveur de l'anus et des muscles du périnée; ainsi le sphincter devint un anneau lâche et il se développa un léger prolapsus. Sur 30 animaux opérés, 25 moururent de troubles rénaux et d'infection urinaire. Les 5 chats qui survécurent à l'opération présentèrent, six semaines après, l'image radiologique typique d'une dilatation du côlon. Après dix semaines, la dilatation du côlon fut très marquée et après quinze semaines, période de survie la plus longue, elle était considérable; la dilatation colique fut donc progressive. Histologiquement, il n'y avait pas d'hypertrophie musculaire des parois.

Ces expériences aboutissent à la conviction que le mégacôlon est d'origine nerveuse, que sa cause exacte est un déséquilibre sympathique-parasympathique, peut-être sous l'influence d'un trouble endocrinien. Elles justifient aussi la sympathectomie hypogastrique et présacrée comme traitement du mégacôlon.

Robert Clément.

W. D. Newcomb. ***Relations entre l'ulcère peptique et le carcinome gastrique*** (*The British Journal of Surgery*, t. XXII, n° 78, Octobre 1932). — Depuis Cruveilhier, la question de savoir si un ulcère peptique peut devenir cancéreux a été très discutée. Pour éclaircir ce point de pathologie, N. a étudié anatomo-pathologiquement et histologiquement 307 estomacs provenant d'opérations chirurgicales pratiquées à l'hôpital Sainte-Marie de Paddington de Janvier 1920 à Avril 1931, et 100 carcinomes de l'intestin.

Le problème se pose de deux façons: en présence d'un cancer gastrique, peut-on songer à l'existence antérieure d'un ulcère simple? Les lésions d'un ulcère peptique font-elles une transformation cancéreuse?

Comme critérium de l'existence antérieure d'un ulcère, N. admet 4 points: 1° La complète destruction d'une zone musculaire correspondant au fond de l'ulcère; 2° la présence d'une large zone de tissu fibreux dense et de granulations à la base de la lésion; 3° l'existence d'endartérite oblitérante et de thrombophlébite des vaisseaux avoisinants; 4° la fusion ou le contact intime de la « muscularis mucosæ » et de la musculeuse sur les bords de l'ulcère. Sur 249 ulcères peptiques, il a trouvé la destruction complète du muscle au fond de l'ulcération dans 97 pour 100 des cas. La réaction fibreuse dans 100 pour 100 des cas, l'endartérite dans 53 pour 100 et la fusion de la « muscularis mucosæ » avec la muqueuse dans 98 pour 100 des cas. Dans 40 carcinomes gastriques, la destruction musculaire existait également dans 95 pour 100 des cas, la réaction fibreuse dans 45 pour 100, l'artérite dans 15 pour 100 des cas, mais les 2 musculeuses étaient séparées dans tous les cas. Dans 100 carcinomes de l'intestin, les pourcentages étaient analogues, mais là encore, la séparation de la musculeuse de la muqueuse de la tunique muqueuse, très nette, s'est révélée le meilleur signe histologique entre l'ulcère et le cancer.

La malignité d'une tumeur est prouvée par ses métastases ganglionnaires ou à distance, l'ordination atypique des cellules en masses ou en colonnes, leurs variations de taille et de forme, particulièrement leur aspect polygonal ou polyédrique, les modifications du noyau, leur affinité pour les colorants; le grand nombre de figures de mitose sont en faveur de la malignité d'une lésion, mais peuvent exister dans un épithélium en état de régénération rapide. La pénétration de l'épithélium dans les autres tissus est considérée comme un signe de malignité, mais il faut s'assurer qu'il ne s'agit

pas d'une malformation congénitale ou d'une réparation irrégulière.

Le résultat de cet important travail, illustré de belles figures, est que 3,75 pour 100 des ulcères présentent une transformation maligne et que dans 13 pour 100 des cancers, on peut mettre en évidence l'existence d'un ulcère peptique antérieur.

ROBERT CLÉMENT.

MINERVA MEDICA
(Turin)

I. Bettoni et **S. Deleonardi.** ***Influence de l'adrénaline sur la composition volumétrique du sang circulant chez les hypertendus*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome II, n° 32, 11 Août 1932). — B. et D. ont étudié la masse sanguine de 14 hypertendus par la méthode du rouge Congo; la masse du plasma était augmentée dans 9 cas, atteignait la limite normale supérieure dans 3 et était légèrement au-dessous de la normale dans 2; la masse des globules rouges rapportée au poids du corps dépassait 11 fois la normale, lui était deux fois égale et une fois légèrement inférieure. La pléthore vraie est donc fréquente chez les hypertendus, mais son intensité n'est pas en rapport avec le degré de l'hypertension.

Après injection intramusculaire d'un milligramme d'adrénaline, B. et D. ont observé dans 10 cas la diminution des masses du plasma et des hématies, réaction analogue à la réaction vagale ou négative décrite chez les sujets normaux par Greppi et Parino, avec cependant des variations plus importantes; chez deux autres malades, les masses plasmatique et globulaire ont augmenté, réaction analogue à la réaction sympathique ou positive qui est la règle chez les sujets normaux; dans les deux derniers cas, à une diminution de la masse plasmatique s'est associée une augmentation légère de la masse globulaire, restant proche des erreurs possibles de mesure. Aucune relation n'a pu être mise en évidence entre le type de réaction de la masse sanguine à l'adrénaline, les modifications consécutives de la pression, du pouls et de la diurèse, d'une part, et la forme clinique et le degré de l'hypertension, d'autre part.

L. ROUQUÈS.

E. Conte et **G. Cerutti.** ***Le thorostrast dans le diganostic du carcinome hépatique*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome II, n° 33, 18 Août 1932). — Le diagnostic de la carcinose hépatique par les procédés d'opacification est possible, car, après injection de thorostrast, les noyaux cancéreux se détachent en clair sur l'image opaque du foie; mais ils ne deviennent nettement visibles qu'après avoir atteint des dimensions telles que leur diagnostic clinique est alors presque toujours évident. Chez un malade autopsié, quatre mois après les injections de thorostrast, les cellules de Küpffer, qui avaient fixé les granulations du produit opaque, présentaient des altérations nettes (colorabilité plus accentuée au niveau des granulations, éclatement des cellules), qui permettent de poser la question d'une nocivité du thorostrast pour ces cellules.

L. ROUQUÈS.

ARCHIVOS LATINO-AMERICANOS DE CARDIOLOGIA Y HEMATOLOGIA
(Mexico)

T. Ortiz et **Ramirez.** ***Les souffles aortiques expérimentaux et l'hyperadrénalinémie*** (*Archivos Latino-Americanos de Cardiologia y Hematologia*, An. 2, tome II, n° 5, Juillet et Août 1932). — Si l'ésérine entraîne un déséquilibre vago-sympathique, elle ne produit pas de modifications des bruits du cœur. Par contre, l'adrénaline (6 milligr. intraveineux) entraîne dans 60 pour 100 des cas un syndrome sympathicotonique et un souffle systolique aortique donnant l'impression d'un souffle organique. Ce souffle adrénalinique existe autant avec de la bradycardie que de la tachycardie. Une foie la poussée de sympathicotonie expérimentale passée, il est facile par de légers efforts de reproduire ces souffles. O. et R. voient une pathogénie semblable du souffle adrénalinique avec les souffles physiologiques, inorganiques, ceux de l'éréthisme cardio-vasculaire, etc.

V. AUBERTOT.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

Mme **Z. Czezowska.** ***Action de l'extrait des muscles striés « myostriatol » dans l'hypertension artérielle et son influence sur le niveau de la pression moyenne*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XI, n° 38, 18 Septembre 1932). — Mme C. rapporte les résultats que lui donne l'emploi du « myostriatol » de Dadlez et Koskowski, extrait des muscles striés du veau, ne renfermant ni albumine, ni lipoïdes, ni peptones, ni histamine. Dans l'hypertension le myostriatol abaisse rapidement la tension. Ses effets sont manifestes surtout dans l'hypertension essentielle. Un des avantages de la préparation réside dans l'absence de toxicité et d'accoutumance. Bien que la durée de son action soit variable et limitée, on peut aisément la prolonger par la répétition des injections. La propriété hypotensive est confirmée également par l'abaissement de la pression moyenne, critérium réel de la déficience cardiaque. L'indication principale du myostriatol se trouve dans les états où l'hypertension s'accompagne des signes d'insuffisance cardiaque.

Indépendamment de la diminution des obstacles périphériques de la circulation, le myostriatol prépare le terrain à l'action des médicaments cardiaques. Il convient au traitement des crises vasculaires d'origine hypertensive. La rapidité de son action et l'absence de contre-indication permettent de l'employer pour remplacer avantageusement la saignée qu'il est impossible de répéter trop souvent. Son pouvoir vaso-dilatateur pour les vaisseaux de petit calibre le qualifie comme médication efficace pour combattre la vaso-constriction localisée. L'échec de l'emploi du myostriatol doit éveiller des craintes au sujet de l'intégrité rénale.

FRIBOURG-BLANC.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

H. C. Gram (Copenhague). ***L'hérédité de la lithiase oxalique*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXVIII, nos 3-6, 29 Août 1932). — G. a fait des recherches dans sa propre famille, où la lithiase urinaire est très fréquente, sur l'hérédité de cette affection. Il a pu étudier cinq générations. Les calculs analysés se sont tous montrés constitués par de l'oxalate de chaux.

L'arbre généalogique établi par G. montre que la prédisposition héréditaire à la lithiase oxalique constitue un caractère simple dominant qui ne se manifeste pratiquement que chez les descendants mâles.

Ces données ne concernent qu'une famille et ne prouvent pas que la lithiase urinaire réclame toujours une prédispostion héréditaire ni que le type d'hérédité, lorsqu'elle existe, soit toujours le même.

G. discute enfin les conditions qui conduisent à la production des calculs urinaires. Il attire spécialement l'attention sur l'importance de la concentration excessive des urines et la nécessité, dans les familles lithiasiques, de boire copieusement pendant la saison chaude pour maintenir les urines diluées.

P.-L. MARIE.

A. Nyfeldt et **B. Vimtrup** (Copenhague). ***La gastrite aiguë au cours de l'angine diphtérique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXVIII, nos 3-6, 29 Août 1932). — Dans leur série de 10 autopsies pratiquées du quatrième au dix-huitième jour de la maladie, N. et V. ont constamment trouvé des lésions macroscopiques et microscopiques de la muqueuse gastrique; par contre, au troisième jour de la diphtérie, il n'existait pas d'altérations visibles à l'œil nu et histologiquement on ne constatait qu'une ébauche d'inflammation. La diphtérie s'accompagne donc en règle générale de manifestations gastriques.

Macroscopiquement, N. et V. n'ont jamais rencontré de fausse membrane; la lésion habituelle consiste dans des hémorragies de la muqueuse, localisées surtout au fundus et au corps, tantôt discrètes et ponctiformes, tantôt confluentes. Parfois il existe de petites pertes de substance.

Histologiquement, on constate que le processus pathologique s'étend à toutes les régions de l'estomac, mais que son intensité varie suivant les endroits. Dans tous les cas on trouve de l'hyperémie et de l'œdème de la muqueuse. A maintes places se voient des hémorragies, soit circonscrites, soit diffuses. De plus, dans la majorité des cas existe une infiltration par des polynucléaires plus ou moins prononcée, parfois très intense, avec migration des leucocytes à la surface où ils semblent digérer la muqueuse, produisant des érosions. Parfois ce sont les cellules plasmatiques ou les lymphocytes qui prédominent. Du côté des épithéliums, on note des aspects dégénératifs et nécrotiques, surtout au niveau des cellules principales, de l'infiltration leucocytaire, des dilatations kystiques des glandes, la substitution d'épithélium indifférencié. N. et V. étudient en détail la genèse et le mode de guérison des érosions: infiltration leucocytaire initiale, dégénérescence et nécrose des épithéliums, suivie par places de leur prolifération, réactions conjonctives secondaires.

Les recherches de N. et V., faites avec une technique impeccable, établissent que les lésions gastriques de la diphtérie, comme celles des autres maladies infectieuses, ne résultent pas, ainsi qu'on l'a soutenu, d'altérations primitivement locales de cette membrane (formation de fausse membrane en particulier), mais sont, comme les autres manifestations (albuminurie, myocardite, pétéchies, etc.), l'expression de l'intoxication générale; l'infiltration leucocytaire précède la nécrose des épithéliums et la conditionne. La nature hématogène de cette gastrite est encore affirmée par l'extension des lésions à toute la surface de la muqueuse.

P.-L. MARIE.

NORDISK MEDICINSK TIDSKRIFT
(Oslo)

Robert Ehrström. ***Le problème de la pathogénique de la polyglobulie*** (*Nordisk Medicinsk Tidkrift*, n° 38, 17 Septembre 1932, p. 685). La polyglobulie symptomatique est probablement due au manque d'oxygène, par troubles de la circulation, dans le climat de montagne et chez le nouveau-né.

Le manque d'oxygène stimule les organes hématopoiétiques, d'où hyperproduction des érythrocytes.

La polyglobulie essentielle, au contraire, a l'air d'être sans rapport avec le défaut d'oxygène.

E. fait une comparaison intéressante entre la polyglobulie symptomatique et l'anémie post-hémorragique d'un côté, la polyglobulie essentielle et la chlorose de l'autre. En ce qui concerne l'étiologie des deux dernières, il faut penser à des troubles endocriniens.

ALF. P. JACOBSEN.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

R. Grégoire. ***Le pronostic de la splénectomie dans les splénomégalies chroniques*** (*Le Bulletin Médical*, tome XLVI, n° 44, 29 Octobre 1932). — Dans les splénomégalies chroniques, inflammatoires ou parasitaires, que le traitement médical ne peut plus améliorer, la splénectomie est indiquée, car il s'agit d'infections redoutables évoluant le plus souvent vers la mort. L'ablation de la rate est une intervention relativement bénigne, si elle est pratiquée dans de bonnes conditions sur un diagnostic précis et après préparation du malade.

Deux dangers menacent le splénomégalique: les lésions hépatiques concomitantes et les troubles vasculaires et sanguins. L'étude de la valeur fonctionnelle du foie permet d'établir le pronostic immédiat et tardif de la splénectomie et fait renoncer dans certains cas à l'opération.

Sur 37 splénomégalies opérées et suivies depuis cette intervention (la plus ancienne remontant à huit ans, la dernière à six mois), 9 n'avaient jamais présenté d'hémorragies; 28 avaient eu des saignements d'importance variable. Ce sont les malades chez qui les altérations vasculaires et sanguines étaient les plus prononcées qui bénéficièrent le moins de leur opération. Des 28 hémorragiques, 10 n'eurent que des accidents relativement peu importants, 18 des hémorragies graves. Une diathèse hémogénique prononcée assombrit le pronostic tardif de la splénectomie; cependant, sur les 28 splénomégalies, 21 guérirent définitivement et n'ont plus jamais saigné depuis. Les 7 autres ont refait des hémorragies graves au niveau du tube digestif. Ces hémorragies tardives sont toujours alarmantes et redoutables; 3 cas succombèrent à une hémorragie foudroyante et soudaine, entre un an et deux ans après l'intervention.

Les hémorragies récidivantes ont toujours lieu chez les splénectomisés dont la diathèse hémogénique était le plus prononcée. En ce qui concerne les troubles vasculaires et sanguins, les résultats à distance de la splénectomie pour splénomégalie dépendent de l'importance des troubles hémogéniques qui accompagnent et compliquent certaines hypertrophies chroniques de la rate.

ROBERT CLÉMENT.

P. Emile-Weil. ***La conduite du chirurgien en présence des splénomégalies*** (*Le Bulletin Médical*, tome XLVI, n° 44, 29 Octobre 1932). — L'avenir des splénomégalies est grave et le pronostic des plus réservés si l'on n'opère pas. La rate malade trouble de multiples façons le fonctionnement des organes hématopoïétiques et des autres viscères liés à la rate. L'extirpation de l'organe malade facilite le rétablissement normal des fonctions du foie, des tissus lymphatiques et médullaires. « Une rate volumineuse, qu'on ne peut faire disparaître par le seul traitement médical, doit être enlevée chirurgicalement, si la chose est possible, parce qu'une splénomégalie doit inéluctablement donner à un moment quelconque des complications graves. »

Le syndrome spléno-adénique n'est pas chirurgical; le syndrome spléno-hépatique ne l'est guère; le syndrome splénique pur relève de la chirurgie. Avant toute intervention, il faut préciser la nature étiologique de la splénomégalie par l'étude du passé du malade et par les examens de laboratoire. Les examens de sang, la ponction de la rate, l'étude des fonctionnements hépatique et rénal, celle de la crase sanguine sont des éléments importants. Les réactions biologiques permettent de préciser le kala-azar, le paludisme, l'échinococcose, la syphilis, la tuberculose.

Lorsque ces diverses études ont permis d'arriver à la conclusion que l'opération est possible, il ne faut pas oublier que la splénectomie est une opération grave, qu'il faut préparer le malade à l'avance, s'il y a anémie, par l'hépatothérapie ou des transfusions, par une vaccination polyvalente préventive dans quelques cas; enfin, immédiatement avant l'opération, une transfusion de 300 cmc a pour but de corriger les vices de coagulation, de supprimer la tendance hémorragique des malades et de compenser la perte sanguine causée par la splénectomie.

Les résultats de la splénectomie pratiquée pour des rates susceptibles d'être opérées sont dans l'ensemble excellents et de l'ordre de 90 pour 100 de guérisons.

ROBERT CLÉMENT.

CONCOURS MÉDICAL
(Paris)

Henri Vignes. ***Qu'est-ce que l'éclampsie?*** (*Concours Médical*, 45e année, n° 45 *bis*, 9 Novembre 1932). — V. rappelle qu'on a considéré comme une maladie rénale. Entre 1880 et 1900, l'éclampsie comme une maladie nerveuse, puis une autre théorie s'est fait jour, suivant laquelle l'éclampsie serait une toxémie. Ce mot a fait fortune.

Or, on a cherché ce poison de l'éclampsie et on ne l'a jamais trouvé. Tarnier considérait que la toxicité du sérum est « loin d'être démontrée ». Bumm et d'autres accoucheurs ont transfusé à des cancéreuses du sang d'éclamptiques, en grande quantité, sans déterminer le moindre symptôme fâcheux. Stander, après avoir intitulé son livre *Toxemias of pregnancy*, conclut qu'on n'a isolé aucune toxine, ni du sang ni de l'urine. Le mot toxémie est un mot à rayer du vocabulaire et à remplacer par celui de trouble humoral ou de trouble tissulaire.

Ce que nous savons, c'est que l'éclampsie, l'éclampsisme, constituent une maladie des humeurs et des tissus, mais nous n'en connaissons pas la nature. Cette maladie est conditionnée par la grossesse et sans doute par une prédisposition individuelle. 1° Elle ne se voit que chez la femme en état de grossesse et elle cesse avec la mort *in utero* du fœtus: c'est donc bien une maladie gravidique et toute pathogénie doit être reliée à ce que nous connaissons des modifications apportées par la grossesse à la physiologie de la femme. 2° Quant à la prédisposition individuelle, nous ne la connaissons que de façon fragmentaire.

L'auteur passe, ensuite, en revue les théories qui incriminent l'état du rein, du foie, l'acidose, la rétention chlorurée, la décalcification, le spasme des capillaires, l'hypertension. Toutes comportent une part de vérité. Mais, à supposer que le spasme vasculaire, déterminant l'hypertension et d'autres méfaits, soit l'élément prépondérant de l'éclampsie, il reste à déterminer d'où il provient. Trois groupes principaux de théories doivent être discutés: fœtale, placentaire, maternelle. L'auteur se rattache aux théories maternelles endocriniennes.

Reste à expliquer la genèse de cette maladie endocrinienne. Deux éléments sont à relever: la tare des glandes endocrines, l'élément gravidique surajouté.

La tare des glandes endocrines peut être congénitale ou acquise. 1° Parmi les causes congénitales, il faut faire sûrement une très grande place à la syphilis congénitale (Fruhinsholz), qui peut être la cause primitive des imperfections endocriniennes envisagées. 2° Parmi les causes acquises, il faut faire une certaine part aux toxi-infections d'origine alimentaire et aussi au banal excès d'aliments avec indigestion consécutive. Il est connu qu'il y a des symptômes de surrénalité aiguë dans certaines intoxications alimentaires et que, secondairement à la perturbation surrénale, on peut observer des symptômes encéphaliques. Il est connu que ces intoxications lèsent le foie en même temps.

Le facteur gravidique n'est pas à négliger. Les glandes endocrines sont soumises à une rude épreuve par la grossesse. Les glandes thyroïde, hypophyse et surrénale interviennent dans le métabolisme propre de la gestation. Elles jouent probablement un rôle dans la régulation des rapports qui existent entre ce que demande le fœtus et ce que donne la mère. Ce sont, en dehors de toute gestation, des glandes qui ont le pouvoir de faire des appels aux réserves somatiques. Il n'est donc pas absurde de penser que, pendant la gestation, elles peuvent mobiliser des réserves maternelles au profit du fœtus. Certes, elles ne sont pas le seul facteur. Il n'en est pas moins vrai que les glandes endocrines permettent à la mère de répondre à certains appels du fœtus. Ces glandes en perpétuelle tension sont débordées si elles sont imparfaites, si on leur demande trop, si le plus petit incident vient compliquer leur tâche.

A. RAVINA.

PARIS MÉDICAL

P. Carnot, J. Caroli et R. Cachera. ***Sur l'action anticéphalalgique de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse*** (*Paris-Médical*, tome XXII, n° 46, 12 Novembre 1932). — Ayant constaté la disparition rapide, complète et durable de la céphalée et des sensations nauséeuses chez des migraineux, après une série d'injections sous-cutanées d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, faite dans le but d'explorer le fonctionnement de la vésicule biliaire, C., C. et C. ont essayé ces injections comme traitement chez des malades souffrant de céphalées de types divers. Il ne s'agissait plus de sujets atteints de cholécystopathie, mais de malades en proie à des douleurs migraineuses associées à des troubles dyspeptiques d'autre nature (insuffisance hépatique consécutive à un ictère infectieux, 1 cas; ptose accentuée, 3 cas; gastrite sans lésion localisée, 3 observations). Certains de ces malades souffraient d'ailleurs de maux de tête plutôt en rapport avec une affection non digestive: coryza saisonnier, menstruation, etc.

On peut utiliser l'injection sous-cutanée d'un 1/4 de lobe postérieur ou la poudre de post-hypophyse par voie nasale, tout aussi active. La grande majorité d'une vingtaine de patients ainsi traités ont éprouvé un soulagement immédiat et rapide survenant dans l'espace de quelques minutes.

Il ne semble pas que l'effet thérapeutique ainsi obtenu soit lié au vidage de la vésicule biliaire: l'effet anticéphalalgique paraît plus rapide que ne l'est l'action cholagogue de l'hypophyse; la méthode semble efficace dans les céphalées les plus banales, sans rapport avec la migraine dite biliaire. On peut se demander si l'amélioration immédiate ainsi produite n'est pas en relation avec l'action de l'hypophyse sur la vascularisation cérébrale et la pression du liquide céphalo-rachidien. Le lobe postérieur d'hypophyse semble avoir sur la circulation encéphalique une influence analogue à celle du tartrate d'ergotamine et modifie la pression du liquide céphalo-rachidien dans le sens de l'hypertension.

ROBERT CLÉMENT.

E. Aubertin et **P. Boudou.** ***Les réactions allergiques provoquées par l'anatoxine diphtérique. A propos d'un cas de diphtérie chez un adulte traité par erreur par 150 cmc d'anatoxine en injections sous-cutanées*** (*Paris-Médical*, t. XXII, n° 46, 12 Novembre 1932). — Chez un jeune ouvrier de 21 ans, présentant une angine diphtérique bénigne, on injecta par erreur 100 cmc d'anatoxine diphtérique, une première fois, puis 50 cmc le lendemain. A la suite de la première injection, le malade accusa une légère réaction douloureuse et présenta un choc de peu de durée. La deuxième piqûre fut suivie seulement « de pâleur et d'agitation du pouls », la gorge se nettoya et la température redevint normale en quarante-huit heures.

Cette observation montre l'absence à peu près absolue de toxicité de l'anatoxine diphtérique. Elle confirme aussi l'existence et l'importance de l'allergie dans les processus diphtériques.

Les accidents présentés ont tous les caractères du choc allergique et on peut se demander si la sensibilisation du malade n'a pas été la cause de l'évolution bénigne de la maladie et de la guérison sans sérum. Allergie et immunité paraissent être « deux processus tantôt dissociés, tantôt parallèles, mais liés vraisemblablement à des « réactigènes » différents, bien que contenus dans le même germe ».

L'injection de protéines diphtériques à un sujet, affecté par le bacille de Lœffler et sensibilisé, peut déterminer chez lui une réaction focale en même temps qu'une réaction locale et une réaction générale; ces 3 réactions furent très nettes ici. L'accroissement des phénomènes inflammatoires, déclanchés par ces réactions, a pu provoquer une véritable stimulation des processus naturels de défense et activer la guérison spontanée.

Les accidents survenus au cours de la vaccination par l'anatoxine diphtérique sont rares et sans gravité; il ne faut pas rapporter à la vaccination antidiphtérique tous les incidents pathologiques susceptibles de survenir pendant la période où elle est mise en œuvre.

Robert Clément.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION. (Paris)

J. Baumel et **G. Roux** (Montpellier). ***Les périviscérites digestives essentielles. Considérations cliniques et thérapeutiques*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, tome XXII, n° 9, Novembre 1932). — Le silence paraissant s'être fait sur les périviscérites depuis les communications sur ce sujet au Congrès de Chirurgie de 1927, B. et R. s'efforcent de ramener l'attention sur un syndrome qui reste difficile à traiter.

Syndrome anatomo-clinique, de cause inconnue, ressortissant d'une modification de fixation d'un ou plusieurs segments du tube digestif, dont l'aboutissant est un trouble du transit gastro-intestinal avec toutes ses conséquences locales et générales.

La prédominance d'adhérences au niveau de tel ou tel organe amène une prédominance de symptômes gastriques, duodénaux, vésiculaires ou appendiculaires.

Les périviscérites peuvent être généralisées ou localisées. *Généralisées*, elles ont toujours une symptomatologie d'emprunt, avec troubles gastriques, intestinaux, douleurs parfois violentes survenant par crises, atteinte profonde de l'état général. *Localisées*, ce sont alors des formes cæco-appendiculaires, appendiculo-duodénales, ou duodénale pure.

B. et R. font une étude détaillée du syndrome radiologique et du diagnostic parfois si difficile avec les affections localisées d'organes, appendicite ou cholécystite.

Le traitement se ressent nécessairement de ces difficultés et de l'incertitude pathogénique. Mais c'est une raison pour être sobre d'interventions chirurgicales, et insister sur le traitement médical et psychothérapique.

J. Okinczyc.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

M. Degeorges. ***Valeur de la séro-agglutination pour le pronostic de la tuberculose pulmonaire*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIII, n° 307, 20 Octobre 1932). — D. a étudié la valeur pronostique de la séro-agglutination (séro-pronostic de Courmont) au cours de la tuberculose pulmonaire. Il emploie des cultures de bacilles de Koch en bouillon glycériné, âgées de 4 à 5 semaines, diluées 50 à 60 fois dans du sérum physiologique. On mesure l'agglutinabilité de ces cultures avec un sérum-étalon et l'on procède à une agglutination macroscopique à des dilutions de cultures allant de 1/5 à 1/40.

On rencontre un pouvoir agglutinant du sérum élevé dans les formes récentes et bénignes de la tuberculose ou chez des malades à terrain résistant et à bon pronostic; au contraire, l'agglutination est faible dans la plupart des formes graves.

Chez un même malade, les variations de la courbe d'agglutination réfléchissent la marche de la maladie; l'agglutination diminue en cas d'aggravation et s'élève lorsqu'il y a amélioration. Les indications fournies par la séro-agglutination devancent parfois celles de la clinique. L'absence d'agglutination chez un tuberculeux avéré et évolutif indique une terminaison fatale à bref délai.

En cas de gestation, la séro-agglutination peut fournir un élément précieux pour juger du retentissement de la grossesse et de l'accouchement sur une tuberculose pulmonaire.

Cette méthode aurait donc une certaine valeur pronostique à plus ou moins longue échéance.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST (Nancy)

P.-L. Drouet et **J. Richon.** ***Les accidents de la ponction lombaire et leur traitement préventif par l'acétylcholine*** (*Revue Médicale de l'Est*, tome IX, n° 21, 1er Novembre 1932). — Les accidents consécutifs à la ponction lombaire sont habituellement bénins. Quelques heures après la rachisynthèse apparaît une céphalée plus ou moins intense, quelquefois avec nausées et vomissements. Ces phénomènes sont transitoires et attribués à l'hypotension céphalo-rachidienne. Des accidents analogues survenant à peu près dans le même délai seraient dus à l'hypertension céphalo-rachidienne: ils ne s'atténuent pas dans la position allongée, le pouls est ralenti, l'examen du fond d'œil montrerait de l'hyperémie papillaire. Une légère lymphocytose rachidienne est rare. Les accidents de choc sont exceptionnels.

Certaines règles de pratique permettent d'éviter la plupart de ces incidents; cependant, elles ne les empêchent pas toujours.

L'acétylcholine à la dose de 0 gr. 20 en injections sous-cutanées immédiatement après la ponction a été essayée chez 34 malades adultes. 3 malades ont présenté des accidents qui ont duré de cinq à six jours et 2 ont accusé un peu de céphalée, le lendemain de la ponction, ce qui donne un pourcentage global de 14 pour 100 et si l'on ne tient pas compte des 2 derniers cas de 8,8. Parmi les 3 malades, l'un a présenté, après la ponction, une légère réaction méningée; on peut se demander chez les deux autres, que n'a soulagé, ni le décubitus dorsal, ni la répétition des injections d'acétylcholine, s'il ne s'agissait pas d'accidents par hypertension céphalo-rachidienne.

L'action favorable de ce médicament semble une preuve évidente de l'existence de l'angiospasme dans le mécanisme de l'hypotension du liquide céphalo-rachidien après la ponction lombaire.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Knack. ***Les dangers des traitements internes par les sels d'argent*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 43, 21 Octobre 1932). — Les 2 cas d'argyrose observés par K. lui paraissent suffisamment sérieux pour constituer un avertissement sévère à opposer à la tendance trop accentuée vers l'extension des traitements internes par les sels d'argent.

Après avoir été abandonné par suite des accidents qu'il avait provoqués, l'argent a de nouveau été préconisé depuis peu et de nombreux produits spécialisés ont été répandus dans le commerce sous forme de granulés antiseptiques intestinaux, de poudre ou de solution destinées à la prise nasale, de suppositoires, d'ovules, de collutoires, etc.

Chez les 2 malades observés par K., la coloration bleuâtre des téguments avait fait soupçonner des troubles circulatoires graves. Ces sujets soumis à une médication argyrique prolongée par voie digestive présentaient une pigmentation cutanée définitive et irréductible.

Le danger de ces intoxications est d'autant plus grand que la prédisposition individuelle joue sans contredit un rôle très important dans la rapidité d'apparition et l'intensité des phénomènes.

L'absence de thérapeutique efficace rend plus redoutable encore cette pigmentation argyrique qui constitue pour le malade une tare définitive.

G. Dreyfus-Sée.

Buschke. ***Le traitement de la syphilis nerveuse par de petites doses de calomel*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 46, 11 Novembre 1932). — L'action antisyphilitique des sels insolubles de mercure et en particulier du calomel contre les accidents nerveux de la syphilis a été trop peu utilisée ces dernières années, du fait de la vogue de l'arsenic et du bismuth.

Les accidents locaux ainsi que les troubles toxiques signalés à la suite des séries de piqûres de calomel sont le plus souvent évitables, et B. préconise l'emploi de faibles doses qui sont habituellement bien tolérées et ne déclanchent d'accidents colitiques que chez les prédisposés.

L'action thérapeutique des petites doses est absolument comparable à celle des injections plus massives et les indications thérapeutiques du médicament ainsi prescrit seraient très nombreuses.

B. l'a utilisé au cours de méningites aiguës précoces, ainsi que lors de processus atteignant l'encéphale et a également obtenu des résultats satisfaisants contre les vertiges de Ménière.

En conclusion, le calomel injecté à petites doses lui paraît un précieux moyen thérapeutique, économique, sans danger et actif dans toutes les formes de syphilis nerveuses, tabes et paralysie générale exceptées.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague, Vienne)

D. Adlersberg et **L. Forschner.** ***Les relations de la rhinopathie vasomotrice avec les troubles digestifs*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 23, 3 Juin 1932). — L'étiologie du rhume inflammatoire non infectieux (rhinite vaso-motrice) n'est pas univoque. La plus grande partie des cas sont d'origine allergique. D'autres sont d'origine endocrinienne, les accidents se trouvant déclen-

chés par la ménopause, par la grossesse ou par la menstruation. Un troisième groupe de faits permet d'établir une corrélation entre les accidents rhinopathiques et des troubles digestifs de divers ordres, dont le traitement et la guérison sont suffisants pour faire disparaître la rhinopathie.

La nature de ces troubles digestifs est d'ailleurs des plus variées: dyspepsies gastriques achyliques (5 cas) ou au contraire hyperpeptiques (4 cas, dont 2 suspects d'ulcus duodénal), entérites du grêle ou entéro-colites chroniques, mais surtout colites chroniques de divers types. Le syndrome le plus fréquent est celui de la stase cæcale, avec périodes de constipation plus ou moins prolongées, coupées de débâcles diarrhéiques. Tous ces troubles digestifs ne paraissent nullement liés à une sensibilisation de la muqueuse à l'égard de tel ou tel aliment. Ils cèdent à un traitement banal, sans désensibilisation; ils ne s'accompagnent d'aucune éosinophilie, tant dans le sang que dans la muqueuse nasale; enfin ils sont bien distincts des entéropathies vaso-motrices d'origine allergique, qui surviennent par crises aiguës, et qui n'ont pas la même marche chronique.

Dans 2 cas, la rhinopathie vaso-motrice a évolué parallèlement à une infestation de l'intestin par les oxyures, guérissant avec elle, et récidivant avec elle. Dans ces 2 cas, il y avait sans doute un élément allergique surajouté, avec éosinophilie.

La documentation de A. et F. comporte 36 observations de malades atteints de rhinopathie vaso-motrice, chez lesquels on retrouve des troubles digestifs, et 33 cas de malades atteints de troubles digestifs (principalement de typhlo-colite), et qui présentaient, accessoirement, de la rhinopathie vaso-motrice.

J. Mouzon.

A. M. Marx. ***Détermination du groupe sanguin dans les procès en recherche de paternité, et expertises médicales*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 23, 3 Juin 1932). — On sait que la détermination des groupes sanguins peut être utile en médecine légale pour la recherche de la paternité. La confiance accordée à cette technique repose sur deux postulats: d'une part la constance absolue du groupe sanguin de chaque sujet, pendant tout le cours de son existence, — d'autre part, le caractère dominant, au sens mendelien, des propriétés globulaires A et B dont la présence ou l'absence définissent les 4 groupes de Landsteiner, chacune de ces propriétés ne pouvant se retrouver dans le sang de l'enfant que si elle existe déjà dans le sang du père ou de la mère. En réalité, aucun fait bien établi n'a jamais pu être articulé ni contre l'un ni contre l'autre de ces deux principes, si bien que l'épreuve est réclamée, dans les procès en recherche de paternité, par les tribunaux de Prusse, de Bavière, de Wurtemberg, de Norvège, de Suède, de Danemark, et plus récemment de Tchéco-Slovaquie. Mais, pour offrir toutes les garanties de certitude qu'exige une expertise aussi grave dans ses conséquences juridiques, la détermination des groupes de l'enfant et des parents doit être faite avec beaucoup plus de précision technique que pour le choix d'un donneur avant une transfusion sanguine. Les épreuves habituelles doivent être complétées par les recherches suivantes: agglutination avec un sérum O, essai du sérum sanguin des sujets étudiés avec des globules rouges témoins des groupes A et B, emploi de deux échantillons au moins, bien éprouvés, pour chaque groupe, enfin réactions croisées du sang de l'enfant avec le sang de la mère et avec celui du père présumé.

M. cite l'exemple d'un procès dans lequel un premier expert avait fait écarter une plainte contre le père présumé; celui-ci, de même que la mère, appartient au groupe A, et l'enfant au groupe B. Appelé comme surexpert, M. constata que les globules rouges de l'enfant contenaient en effet l'agglutinogène B, mais qu'on ne pouvait mettre en évidence dans son sérum l'anti-agglutinine A. L'enfant n'étant âgé que de 7 mois, M. demanda une nouvelle expertise dans un délai de six mois, dans l'espoir que le groupe de l'enfant pourrait être déterminé avec plus de certitude lorsque son sang aurait acquis toutes ses propriétés.

Les expertises des procès en recherche de paternité devraient être confiées exclusivement à des laboratoires spécialisés.

J. Mouzon.

H. Schwarz et **H. Dibold.** ***Le traitement diététique dans les affections cardio-vasculaires*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 25, 17 Juin 1932). — S. et D. rapportent une série d'observations dans lesquelles le traitement diététique, joint au repos au lit, a suffi, sans aucune thérapeutique médicamenteuse, pour rétablir des états sévères d'insuffisance cardiaque chez des malades atteints de lésions valvulaires, d'hypertension artérielle décompensée, de myocardite. A vrai dire, aucun de ces malades ne se trouvait en danger immédiat; sinon, on n'aurait pas eu le droit de les priver du bénéfice des cardiotoniques.

Mais le traitement diététique donne ses plus beaux résultats dans le « cœur gras », et, d'une façon générale, dans les cardiopathies des obèses. V. Noorden enseigne que les cures d'amaigrissement sont utiles même aux cardiaques dont le poids n'est pas exagéré.

Chez les hypertendus qui sont sujets à l'asthme cardiaque, à l'œdème pulmonaire, chez les malades qui font des crises d'angine de poitrine, le régime doit être pauvre en sel, pauvre en eau, pauvre en graisses, avec des jours intercalaires (deux par semaine par exemple), de régime plus sévère, ne comportant que des fruits, ou du riz et des fruits, ou du lait, ou des pommes de terre.

S. et D. insistent beaucoup sur l'importance de la déchloruration dans le traitement de l'hypertension artérielle. Les fruits ont l'avantage d'assurer au mieux cette déchloruration, et de régulariser le fonctionnement de l'intestin. S'il faut, en outre, des laxatifs, c'est aux préparations magnésiennes qu'il faut donner la préférence. Les légumes, les salades, présentent des inconvénients pour le tube digestif. La ration de graisse ne doit pas dépasser 20 à 30 gr. par jour. Le beurre doit être soigneusement dessalé.

La réduction des aliments azotés n'a pas besoin d'être aussi sévère, à moins d'indication particulière fournie par l'étude du fonctionnement rénal, ou à moins de troubles digestifs spéciaux.

Pour éviter les repas trop abondants, S. et D. recommandent les repas fréquents, au moins toutes les deux heures, comme dans le traitement des ulcères gastriques.

Dans certains cas, la cure de déshydratation comporte une véritable cure de soif, la quantité de lait quotidienne ne dépassant pas 600 à 800 gr. de lait. Cette cure est rendue plus facile par la déchloruration du régime.

S. et D. donnent des exemples des menus qui, grâce aux journées intercalaires de diète plus sévère, permettent de maintenir le taux de l'excrétion chlorurée à environ 1 gr. par jour.

Dans bien des cas, la cure diététique n'exclura pas l'emploi des médications cardiaques ou vasculaires, mais instituée avant tout autre traitement, elle permettra à ces médications d'agir avec beaucoup plus d'efficacité.

J. Mouzon.

R. Scholl et **P. Steiner.** ***Essais d'un traitement sucré peroral dans l'ictère grave*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n°. 25, 17 Juin 1932). — R. Scholl a montré récemment qu'une alimentation hydrocarbonée fait baisser la sensibilité des rats à l'intoxication phosphorée.

Ce fait lui a donné l'idée de rechercher si, dans les états d'insuffisance hépatique qui se rapprochent de l'atrophie jaune aiguë, le traitement sucré par voie perorale ne pourrait pas remplacer le traitement de Richter par injections de dextrose et d'insuline.

Les observations sont au nombre de 6, et concernent toutes des ictères arséno-benzoliques, qui présentaient un tableau plus ou moins menaçant d'atrophie jaune subaiguë du foie: ictère intense, foie petit et sensible à la pression, nausées, sensation de fatigue, prostration, épreuve positive à la galactose dans les urines, enfin chiffres élevés de la réaction de Furth et Scholl (détermination quantitative, par la réaction de Millon, de la fraction phénolique précipitable des urines par l'alcool-éther baryté.

Le traitement a consisté uniquement en une alimentation farineuse exclusive, avec 30 à 60 gr. de lévulose (mieux assimilé que le dextrose dans l'intoxication phosphorée expérimentale) chaque jour, par voie buccale ou rectale.

Les 6 cas traités ont guéri rapidement. Dans 3 d'entre eux, il s'agissait de formes vraiment sévères, dont voici un exemple:

Un homme de 42 ans avait pris, à titre de traitement antisyphilitique, 54 tablettes de 0 gr. 25 de spirocide. Deux semaines plus tard, il commença un ictère intense, avec profonde asthénie, prostration, nausées incessantes. On notait chez lui, outre des signes d'aortite syphilitique, un ictère intense, un foie gros, non douloureux, une rate légèrement augmentée de volume. Les urines contenaient des traces d'albumine, beaucoup de bilirubine, d'urobiline et d'urobilinogène; l'épreuve du galactose était positive; le taux de la réaction de Millon était de 47.2 milligr. pour 100; le sédiment contenait de la leucine.

Les jours suivants, l'hépatomégalie diminua rapidement, les dimensions du foie devinrent inférieures à la normale, en même temps que l'hypocondre droit devenait douloureux à la pression. Les vomissements ne permettaient aucune alimentation. On donna au malade 60 gr. de lévulose et 250 gr. de dextrose par voie rectale. Dès le lendemain, les vomissements s'arrêtèrent, et le malade put commencer les bouillies. On y ajouta 30 gr. par jour de lévulose. Après trois semaines de traitement, l'ictère était en décroissance marquée; le foie paraissait normal; l'épreuve du galactose était négative, et le taux de la réaction de Millon était de 8,2 milligr. pour 100.

J. Mouzon.

R. Sachs. ***Le traitement des eczémas classiques goutteux, des engelures et des angiospasmes des extrémités par la chaleur*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 25, 17 Juin 1932). — S. distingue des lésions du premier degré: engelures, acrocyanoses et syncopes locales des extrémités, — et des lésions du second degré, auxquelles il donne le nom d'« eczémas chroniques goutteux », et qui sont des dermatites interdigitales des mains ou des pieds.

Le traitement de choix de toutes ces lésions est la chaleur, mais il importe de ne pas employer la chaleur rayonnante, qui paralyse les capillaires, inhibe la réaction sudorale, et ne permet pas des élévations de température suffisantes. La source de chaleur doit être protégée, et S. a fait construire un appareil à résistance électrique couverte, qui permet la réaction sudorale, susceptible d'éliminer de l'acide urique, et qui fait supporter de fortes élévations thermiques sans provoquer de sensation de brûlure. C'est un appareil à air chaud à main, qui donnerait d'excellents résultats thérapeutiques.

S. croit cette méthode supérieure à la diathermie, car cette dernière échoue souvent dans les affections considérées, et il est très difficile de bien placer les électrodes.

L'application d'air chaud doit être suivie d'une

courte friction à froid; s'il y a des lésions eczémateuses, elles doivent être soigneusement poudrées. Les malades ne doivent jamais avoir les mains lavées à l'eau froide.

Il faut généralement de 4 à 6 applications, de vingt à quarante minutes chacune. La température est de 80 à 100°.

On peut associer à cette cure les bains radioactifs, les bains ou les enveloppements de boue, le traitement médicamenteux de la goutte, et enfin les thérapeutiques endocriniennes, surtout aux approches de la ménopause.

J. Mouzon.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

E. Krieg. *Thrombophlébite migratrice des veines périphériques* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 43, 21 Octobre 1932). — Le tableau de la thrombophlébite évoluant par poussées successives et atteignant ainsi presque tout le réseau veineux périphérique a été tracé par Forsterling qui l'avait observé au cours d'un cancer gastrique.

Ultérieurement, la thrombo-phlébite migratrice a été signalée dans la tuberculose et au cours de l'anémie pernicieuse. L'augmentation de nombre des phénomènes de thromboses depuis quelques années paraît avoir également rendu plus fréquente la phlébite migratrice superficielle. Son pronostic est difficile à établir, il est parfois fatal et la maladie résiste au traitement de compression veineuse avec lequel Fischer aurait obtenu dans les phlébites habituelles des membres inférieurs des succès nombreux.

Sur la base de quelques observations personnelles, K. précise le tableau clinique de cette curieuse affection.

L'atteinte des veines superficielles demeure limitée, parcellaire, les poussées inflammatoires atteignent exclusivement les petites veines sur un segment peu étendu et régressent en quelques jours. L'extension est discontinue, l'inflammation « sautant » d'un segment à un autre souvent éloigné. Il y a peu de douleurs, des phénomènes locaux minimes: œdème périvasculaire léger, puis induration en cordon.

Parfois existe une modification de l'image sanguine: leucopénie et lymphocytose avec diminution des éosinophiles.

On a noté aussi dans quelques cas l'accélération de la réaction de sédimentation.

La fièvre est peu élevée, ne dépassant pas 38° lors des poussées. L'état général n'est pas altéré. On note seulement de l'agitation et une pénible insomnie rebelle. L'état psychique du malade s'aggrave d'ailleurs du fait du découragement qu'entraînent les poussées répétées et l'inefficacité du traitement.

L'étiologie de cette affection demeure inconnue.

L'hypothèse de manifestations en rapport avec la maladie de Buerger paraît peu probable. Le rôle possible des infections multiples, non spécifiques, est plus vraisemblable: tuberculose, angine, grippe, pyorrhée alvéolo-dentaire, typhoïde, cholécystite, etc.

On s'est demandé s'il ne s'agissait pas de phénomènes allergiques.

Nul symptôme ne permet d'établir le pronostic de l'affection qui peut se terminer par la mort ou guérir après quelques semaines aussi brusquement qu'elle a débuté.

Le traitement demeure jusqu'ici purement symptomatique: le traitement local paraît tout à fait inefficace; les médications glandulaires ou diététiques n'ont pas de cas probants à leur actif. L'immobilisation est inutile et peut être nocive tant que les veines périphériques seules sont touchées. L'exercice modéré plutôt éviterait la stase locale et le risque d'embolie ne paraît pas à considérer.

La surveillance médicale attentive demeure indispensable durant toute la maladie dont les transformations évolutives sont brusques et souvent imprévisibles.

G. Dreyfus-Sée.

R. Peperkorn. *Menstruation et diabète sucré* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 44, 28 Octobre 1932). — Au cours des périodes menstruelles la réceptivité à diverses infections semble accrue, et les maladies en évolution subissent parfois durant les règles des poussées transitoires. Les femmes diabétiques peuvent ainsi présenter lors des phases menstruelles une aggravation brusque de leur diabète pouvant aller jusqu'au coma.

De telles observations assez rarement relatées sont cependant intéressantes et justifient l'application de mesures thérapeutiques.

Des recherches systématiques pratiquées par plusieurs auteurs, il résulte que chez les femmes bien portantes le métabolisme hydro-carboné est souvent troublé pendant les règles; ces troubles sont plus accentués encore chez les diabétiques, et V. Noorden, Rosenbloom avaient insisté sur ces phénomènes de déséquilibre transitoire.

P. a eu l'occasion d'étudier 15 malades qui présentaient ainsi une hyperglycémie menstruelle ou chez lesquelles la glycosurie réaparaissait ou augmentait. Ces faits peuvent se reproduire à chaque période menstruelle ou seulement à certaines d'entre elles. L'aggravation débute habituellement deux ou trois jours avant les règles et persiste pendant toute leur durée.

Dans quelques cas, l'équilibre se rétablit incomplètement et la maladie évolue ainsi par poussées correspondant aux périodes menstruelles. Le plus souvent cependant les phénomènes sont passagers, régime et insuline peuvent être rapidement rétablis à leur taux initial jusqu'à l'apparition des règles suivantes. En ce qui concerne le coma, P. note sur 18 femmes non ménopausées, hospitalisées dans un état comateux, 4 cas survenus durant les règles, 1 quatre jours auparavant et un autre cinq jours auparavant. Ces chiffres sont trop restreints pour permettre une conclusion.

Cependant l'abaissement de tolérance hydro-carbonée survenant chez certaines diabétiques durant la menstruation doit être connu, ces malades devant être particulièrement surveillées pendant ces périodes afin d'éviter les accidents par une thérapeutique appropriée.

G. Dreyfus-Sée.

Jagermann. *Le traitement médical conservateur des amygdales par la méthode d'aspiration de Rœder* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 44, 28 Octobre 1932). — Une série de critiques sont classiquement opposées aux amygdalectomies: rôle physiologique des amygdales en tant que glandes vasculaires et organes lymphoïdes, nécessité de terminaisons nerveuses amygdaliennes, danger des interventions, etc.

Rœder a proposé d'appliquer aux infections amygdaliennes la méthode d'aspiration préconisée par Bier et a fabriqué un instrument spécial utilisable chez le nourrisson aussi bien que chez l'adulte.

La technique de Rœder a été expérimentée par J. qui a obtenu non seulement une amélioration notable des phénomènes pathologiques à distance, mais encore a constaté une amélioration allant jusqu'à la guérison des amygdales infectées elles-mêmes.

Cette méthode empirique, dont les bases théoriques sont assez peu précises, serait donc intéressante à étudier.

G. Dreyfus-Sée.

H. Zoepffel. *Le traitement radiothérapique des amygdales chez les enfants* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 44, 28 Octobre 1932). — Cette méthode de traitement utilisée en Amérique depuis longtemps a été peu expérimentée en Allemagne et les pédiatres et oto-rhino-laryngologistes la considèrent jusqu'à présent avec une certaine hostilité. Z. l'a essayée chez 50 enfants de 2 à 10 ans, porteurs de grosses amygdales, se répartissant en 2 groupes: 38 cas avec grosses amygdales molles et 12 amygdales dures fibreuses. Tous ces sujets présentaient des troubles multiples: insuffisance respiratoire, surdité, angines à répétition, asthme, retentissement sur la santé générale: anorexie, troubles du caractère, douleurs articulaires, etc. Le traitement a déterminé une très notable amélioration chez 26 des enfants du premier groupe (68 pour 100) et 3 du deuxième groupe (25 pour 100).

C'est donc lorsqu'il s'agit d'amygdales hypertrophiques, molles, que la radiothérapie devra être proposée et ceci surtout pour des enfants nerveux pour lesquels on craint le choc opératoire. Les troubles généraux paraissent avoir été nettement améliorés par le traitement qui n'a déterminé nul incident immédiat, ni tardif. En outre, chez certains enfants, une tonsillectomie ultérieure a pu être pratiquée sans difficulté.

G. Dreyfus-Sée.

O. Lade. *Scarlatine et méralgie paresthétique* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 44, 28 Octobre 1932). — Dans un article récent, Fischer et Krieg ont souligné le rôle des excitations mécaniques dans le déterminisme de la méralgie paresthétique, alors que les facteurs toxi-infectieux seraient beaucoup plus rarement en cause. En outre, lorsque la névralgie relèverait d'une cause générale, elle ne serait pas isolée mais on noterait des névralgies multiples parmi lesquelles pourrait se rencontrer l'atteinte du nerf fémoro-cutané.

L. a cependant observé un cas curieux de méralgie paresthétique isolée, simple, survenu au décours d'une scarlatine non compliquée. Les phénomènes parétiques se sont manifestés successivement des 2 côtés, et ont régressé en peu de jours sans laisser de traces. Il est possible, d'ailleurs, que des phénomènes analogues se manifestent parfois dans le domaine d'autres nerfs sensitifs après la scarlatine; la limitation de territoires atteints, l'absence quasi totale de signes fonctionnels explique que de pareils faits puissent demeurer méconnus.

G. Dreyfus-Sée.

B. Thom. *L'ectoscopie dans les affections abdominales* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 48, 25 Novembre 1932). — L'ectoscopie est une méthode d'examen, préconisée par Weisz, qui consiste à faire prononcer au sujet toutes les 2 secondes un mot convenablement choisi (Kitt.) et à observer sur son abdomen les mouvements ainsi déterminés. Le malade étant placé symétriquement, en résolution musculaire, et bien éclairé, on verra des contractions de défense en certaines zones, des mouvements actifs dans d'autres. La notation de ces ondes réflexes dans chaque cadran abdominal sera reportée sur un schéma graphique et constituera l'ectogramme. Or, T., pratiquant systématiquement l'ectoscopie de tous les malades atteints d'affections abdominales diverses, en a tiré des déductions de localisation qui ont cadré dans tous les cas avec les notions cliniques et les résultats radiologiques et opératoires.

L'ectoscopie lui paraît donc constituer une méthode susceptible de fournir des notions cliniques importantes, surtout en ce qui concerne le diagnos-

lic de siège souvent malaisé lors des affections des viscères abdominaux.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Hermann Zondek, Bernhard Zondek et Werner Hartoch. ***Prolan et croissance des tumeurs. Influence inhibante du prolan sur le carcinome inoculé chez les souris blanches*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 43, 22 Octobre 1932). — Z., Z et H. se sont demandé si l'hormone de maturation du follicule sécrété par l'hypophyse peut agir sur les processus de croissance et plus spécialement sur la croissance des tumeurs. Ils ont utilisé pour cela le prolan qui représente un mélange des hormones préhypophysaires A et B. Les animaux d'expérience étaient des souris blanches et la tumeur, la souche de Francfort qui « prend » dans 100 pour 100 des cas. Chez 274 animaux de contrôle, il a été constaté que la mort survient en général entre le quarantième et le quarante-cinquième jour. En outre, la thyroxine, l'adrénaline, l'insuline seule, l'insuline additionnée de glucose, l'hypophysine, la folliculine, n'exercent pas d'influence inhibante sur la croissance de ces tumeurs. Par contre, l'administration de prolan agit de telle sorte que vingt-trois jours après l'inoculation, la tumeur implantée atteint un poids de 0 gr. 2 au lieu de 1 gr. 65 chez les sujets témoins. Le prolan porté à l'ébullition n'a pas d'effet, pas plus que les cendres de prolan.

Les tumeurs dont la croissance a été ainsi inhibée par le prolan croissent moins vite si on les implante chez un nouvel animal. Au cours d'un second passage après traitement par le prolan, on constate que la croissance est ralentie de plus de 90 pour 100 par rapport aux résultats constatés lors de la première inoculation. En outre, l'implantation ne prend plus aussi régulièrement.

Les doses de prolan utilisées ont été assez élevées puisqu'elles ont atteint 1/10 à 1/20 de centimètre cube d'une solution représentant 500 à 1.000 unités-rat.

P.-E. Morhardt.

Theo Wohlleben. ***Veinographie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 43, 22 Octobre 1932). — W. a procédé à une série de recherches sur le chien et chez l'homme pour étudier le système nerveux au moyen d'un produit opaque (abrodil). En général, le produit est injecté dans la veine cubitale. On peut également l'injecter dans les veines de la main, de la jambe ou du cou. On peut, en outre, faire de la veinographie indirecte en injectant le produit dans les artères et en attendant quelques secondes pour procéder à la radiographie. On obtient alors des contrastes moins marqués et on n'arrive guère à mettre en évidence des valvules sur les veines.

Les images fournies varient beaucoup quand il s'agit de veinographie directe suivant que l'avant-bras est ou non fléchi. La contraction des muscles agit sur les veines. Celles-ci présentent parfois un rétrécissement circulaire qui peut être attribué soit à une excitation du produit opaque, soit à la piqûre de l'aiguille, soit encore à des modifications de pression. Dans certains cas, le bord supérieur de la veine présente une sorte de vallonnement flou, tandis que le bord inférieur est toujours net. Cette méthode permet également d'observer l'influence du pouls artériel sur les veines.

Les valvules peuvent être bien mises en évidence sous la forme de deux pointes quand l'axe de leur ligne de fermeture coïncide avec l'axe du rayon central de l'appareil.

P.-E. Morhardt.

ENDOKRINOLOGIE (Leipzig)

M. Taubenhaus. ***Un cas d'affection endocrinienne multiple avec participation de la glande pinéale*** (*Endokrinologie*, tome XI, n° 5, Novembre 1932). — L'observation de T. concerne un jeune homme de 18 ans dans la famille duquel on ne relève rien d'anormal, sauf la mort de la mère à 36 ans par apoplexie. A 12 ans, ce malade a présenté brusquement une soif et une faim très marquées. A ce moment, ses mensurations sont à peu près celles de son âge et on constate l'existence de sucre dans l'urine (7,5 pour 100). A 18 ans, le patient mesure 1 m. 56, pèse 44 kg. 800 et correspond, comme aspect général, à un enfant de 13 à 14 ans. Les proportions sont normales; la voix est puérile; le revêtement pileux des aisselles, du pubis et des extrémités est absent; il y a début de gynécomastie, mais n'a pas de libido, ni d'érections, ni de pollutions. On constate un petit goitre diffus et un gros foie avec ballonnement du ventre. Les réactions de la syphilis sont négatives.

La radiographie du crâne montre l'existence d'une calcification correspondant à la glande pinéale et mesurant, sur l'épreuve latérale 10 × 7 mm. et sur l'épreuve frontale 11 mm. Il s'agit là non pas d'une tumeur; mais, d'après A. Schüller, qui fut consulté, d'une hypertrophie manifeste de la glande.

Au point de vue du diabète, on constate le premier jour, l'élimination de 52 gr. de sucre, quantité qui s'abaisse progressivement jusqu'à 3 gr. pour remonter ensuite jusqu'à 40 gr. sans raison apparente. Le sucre du sang atteint les premiers jours entre 430 et 530 milligr. pour 100 gr. et, avec 50 à 80 unités d'insuline, on n'arrive pas à le faire descendre au-dessous de 230.

T. remarque que les adénomes de la glande pinéale ne s'accompagnent pas toujours de macrogénitosomie précoce, mais souvent d'infantilisme et d'hypoplasie comme l'ont observé notamment Raymond et Claude. Cette calcification de la glande pinéale a, au cours de ces derniers temps, été étudiée par divers chercheurs et notamment par Cignolini qui, sur 27 cas de ce genre, a constaté de l'hypogénitalisme, des troubles de la libido, de la dystrophie adiposogénitale, de l'eunuchoïdisme, du diabète insipide, etc. Dans un cas de macrogénitosomie, par contre, il n'y avait pas de calcification de la pinéale.

Chez le malade de T., il y a d'abord un diabète vraisemblablement d'origine insulaire. Le goitre ne paraît pas s'accompagner de troubles de la fonction thyroïdienne, car le métabolisme de base est normal. Aucun symptôme (selle turcique, fond de l'œil, échanges de chlorure de sodium, élimination d'acide urique, volume des urines) ne parle nettement en faveur d'une affection hypophysaire. Mais il y a lieu de penser aux faits d'infantilisme hépatique. Cependant, pour expliquer les troubles de la croissance et l'hypogénitalisme, il semble qu'il faille faire intervenir les altérations de la glande pinéale, car un eunuchoïdisme primitif peut être éliminé puisque la taille est restée petite. Enfin, dans le diabète, on observe souvent un arrêt de la croissance qui reprend sous l'influence du traitement.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

E. Eliasz. ***Considérations récentes sur le fonctionnement de la vésicule biliaire du point de vue radiologique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, tome XLVI, n° 4, Octobre 1932). — Les recherches entreprises à la lumière de la cholécystographie en multipliant les positions des sujets permettent d'établir qu'il existe, en même temps qu'une bile riche en substance de contraste, une bile qui n'en renferme pas.

La bile opacifiée occupe toujours les portions déclives de la vésicule sans qu'il y ait jamais dilution de cette bile par la bile non opacifiée surnageante; on peut considérer que la différence d'opacité des deux biles peut constituer l'expression de la concentration; quant au rapport des quantités de l'une et l'autre bile, il est variable et fonction des phénomènes physiologiques propres à chaque sujet.

On peut, dans les vésicules hypotoniques (par exemple consécutives à une péricholécystite mécanique), observer une véritable superposition des deux biles qui se traduit à l'examen radiologique par une « surface de niveau horizontale ». Des expériences réalisées *in vitro* avec la bile extraite par tubage duodénal ont montré que si l'on verse ensemble les deux biles, la bile la plus sombre, d'abord inférieure, tend à se porter progressivement vers la bile la plus claire, supérieure. Si au contraire, on verse sur la bile épaisse B de la bile hépatique claire il se produit, comme dans l'épreuve cholécystographique, une superposition des deux biles.

De ces expériences, on peut déduire l'explication suivante du « niveau radiologique horizontal »: après évacuation d'une petite quantité de bile concentrée, il se produit brusquement un afflux de bile malade (fonctionnellement ou anatomiquement); à cette phase, la bile hépatique fraîche vient s'ajouter à ce qui reste de bile concentrée sans qu'il y ait dilution comme on le croyait jusqu'ici; il y a, au contraire, superposition des deux biles.

Si l'on joint aux résultats de l'expérimentation ceux des observations radiologiques, on peut admettre en ce qui concerne les phénomènes pathologiques de la concentration vésiculaire les points suivants: 1° Il existe dans la vésicule biliaire des biles de concentrations différentes de telle sorte que, dans certaines conditions, le tubage duodénal peut ramener la bile A; 2° c'est également au fait de ces concentrations différentes que l'on peut rapporter l'opacification progressive de l'écoulement biliaire lors du tubage duodénal; 3° on ne saurait plus admettre l'opinion actuelle que, dans toutes les circonstances, la bile vésiculaire épaissie est diluée par l'apport de bile hépatique; 4° E. émet l'hypothèse que la superposition des deux biles est susceptible de jouer un rôle dans la formation, encore mal éclaircie, des calculs biliaires.

Morel Kahn.

Ernst G. Mayer. ***Au sujet du diagnostic radiologique des tumeurs hypophysaires*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, tome XLVI, n° 5, Novembre 1932). — Depuis les premières recherches dues à Schüller, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur les difficultés du diagnostic différentiel radiologique des tumeurs de l'hypophyse.

Pour Schüller, et les auteurs récents, l'élargissement de la selle turcique pourrait se rencontrer dans un assez grand nombre d'affections.

Les deux diagnostics différentiels les plus importants en raison de leur fréquence sont ceux d'hydrocéphalie et de néoplasme, dont les signes cliniques et radiologiques sont très voisins de ceux des tumeurs de l'hypophyse.

1° *Hydrocéphalie.* Il faut envisager deux groupes de modifications de la selle: 1° des aspects d'*altération osseuse* caractérisés par la dislocation sellaire; 2° une *ostéoporose* de certaines parties de la selle.

Au premier groupe appartiennent, avant tout, les cas avec excavation de la selle, où les irrégularités du plancher sont relativement rares, tandis qu'il

peut exister aussi des modifications d'autres parties de la selle.

Les premières manifestations d'usure de la selle consistent en lésions des apophyses clinoïdes et amincissement du dos de la selle, les apophyses clinoïdes postérieures étant les plus atteintes. A un stade plus avancé, l'accentuation des lésions peut être telle qu'il ne persiste qu'une simple épine osseuse en arrière, soit en situation normale, soit plus ou moins repoussée en avant ou en arrière, plus ou moins convexe en arrière. Parfois le dos de la selle n'est que diminué de hauteur à limite supérieure horizontale. Le tubercule de la selle peut être plus ou moins déprimé, au point de provoquer une excavation du plancher. Dans les cas extrêmes, la selle peut être entièrement détruite.

Au deuxième groupe appartient surtout une diminution d'opacité de la selle (d'abord des apophyses clinoïdes postérieures et du dos de la selle, progressant de haut en bas). D'autres fois le premier symptôme est un élargissement du 3e ventricule avec usure et effacement du plancher de la selle. Dans les cas avancés, on constate un élargissement, d'abord de la partie postéro-inférieure de la selle, qui peut gagner par la suite la partie antérieure. On ne sait pas encore où peuvent s'arrêter les progrès de la destruction.

2° *Tumeurs de la région sellaire.* Les tumeurs primitives, tant intra qu'extra-sellaires, sont susceptibles de provoquer un élargissement de la selle. 2 diagnostics ne se posent pratiquement pas: celui d'une tumeur rétro-sellaire qui provoque de bonne heure une hydrocéphalie interne avec élargissement secondaire de la selle et celui des tumeurs pré-sellaires qui évoluent en général vers la partie interne du crâne avant d'avoir atteint la selle.

Les *tumeurs intra-sellaires* provoquent des altérations connues de longue date: agrandissement et approfondissement de la selle, amincissement du plancher et des parois, aspect général allongé, intégrité plus ou moins complète ou érosions inférieures des apophyses clinoïdes antérieures; en général, ouverture sensiblement normale de la selle, pas d'épaississement notable du plancher. Les parois antérieure et postérieure sont moins profondément excavées que le reste de la selle bien que les contours perdent en général de leur netteté. Le squelette est rarement atteint au voisinage de la selle.

On peut observer des calcifications de la tumeur d'étendue et d'opacité variables, centrales ou périphériques.

Les *tumeurs sus-sellaires* provoquent d'abord un élargissement de la selle sans abaissement du plancher; les apophyses clinoïdes postérieures sont détruites, les antérieures amenuisées ou raccourcies, le dos de la selle aminci et raccourci. A un stade avancé de l'évolution, les lésions de la selle sont analogues à celles que produisent les tumeurs intra-sellaires (les calcifications de la tumeur étant cependant plus souvent périphériques que centrales).

Les *tumeurs sous-sellaires* provoquant une destruction de la selle sont, le plus souvent, malignes (d'origine sphénoïdale, épipharyngée, métastatique, angiofibromes) et sont caractérisées radiologiquement par des signes de tumeur maligne: diminution d'opacité et irrégularités des contours des os, obscurcissement des cavités de voisinage (par un mécanisme à discuter). Elles envahissent, à un stade avancé, les parties inférieures de la selle dont les portions supérieures restent plus ou moins longtemps respectées.

Les *tumeurs para-sellaires* (surtout de la dure-mère) peuvent, secondairement, envahir la selle, provoquer un agrandissement asymétrique, irrégulier, et même, une destruction complète. Au début l'asymétrie est assez comparable à celle que provoquerait une tumeur intra-sellaire, mais cependant l'atteinte porte d'abord sur le sphénoïde comme aussi sur les parties osseuses de voisinage en progressant de dehors en haut et de dedans en bas.

Dans ces tumeurs, les calcifications sont rares, mais parfois très nettes.

Les méningiomes provoquent une hyperostose des os voisins, diffuse, parfois très accusée et irrégulière, s'accompagnant de zones de plus grande transparence, mal limitée.

Ces tumeurs peuvent enfin s'accompagner de modifications indirectes des cavités voisines (ethmoïde par exemple).

On ne devra jamais porter un diagnostic de tumeur para-sellaire sans penser au diagnostic d'anévrysme de la carotide interne qui peut provoquer des lésions de la selle semblables à celles des tumeurs, mais débutant à la partie inférieure de l'apophyse clinoïde antérieure du côté atteint. L'aspect des calcifications des parois de l'anévrysme peut constituer un bon élément de diagnostic.

3° *Diagnostic différentiel.* Il convient tout d'abord de pouvoir *affirmer l'élargissement de la selle*, ce qui est toujours délicat, comme les irrégularités des parois.

La première question qui importe ensuite est *de savoir s'il s'agit d'un élargissement direct* par tumeur, ou *indirect* par tumeur ou par suite d'hydrocéphalie, et ce n'est qu'ensuite que l'on discutera de l'origine intra ou para-sellaire de la tumeur.

Ce sont surtout Stenvers et Heyman qui ont cherché à élucider le diagnostic des lésions directes et indirectes de la selle; pour M. d'ailleurs, on ne saurait suivre Stenvers quand il affirme que l'excavation sellaire est souvent régulière en cas de tumeur intra-sellaire et irrégulière dans l'hydrocéphalie; il convient pour M. de tenir compte de toutes les modifications d'aspect de la selle, sans attacher trop d'importance à la stéréo-radiographie préconisée par Heyman et d'autres, même lorsqu'il existe des calcifications qui indiquent toujours l'existence d'un processus local.

L'ostéoporose, telle qu'on la rencontre dans l'hydrocéphalie, et qui n'a d'ailleurs de valeur que chez les sujets jeunes (modifications séniles), est presque toujours indépendante d'une usure directe et n'a de valeur que si elle s'accompagne de malformations osseuses; le diagnostic se pose alors entre hydrocéphalie et tumeurs para-sellaires à l'aide des signes rapportés ci-dessus.

Une destruction isolée de la partie antérieure du plancher de la selle est plus en faveur de l'hydrocéphalie que d'une tumeur intra ou sus-sellaire qui n'attaque le plancher que tardivement. Les diagnostics les plus difficiles sont ceux où l'hydrocéphalie s'accompagne d'altérations limitées des parois sans agrandissement de la selle.

Les tumeurs intra-sellaires excavent plus régulièrement, en général, que l'hydrocéphalie. En dehors des calcifications, le double contour du plancher de la selle (Schüller), à condition qu'il ne résulte pas d'une faute de technique, est en faveur d'une lésion locale.

Dans les cas où l'aspect de la selle ne fournit aucun renseignement caractéristique, il convient d'envisager toutes les autres altérations éventuelles du crâne; enfin, au cas où il n'existerait que des signes d'hypertension intra-cranienne, les difficultés du diagnostic sont encore accrues.

Ce n'est que si la radiographie ordinaire ne donne aucun résultat que l'on devra, dans les cas douteux, recourir aux « procédés d'examen par contraste », et seulement quand il n'existera aucun signe net, clinique ou radiologique. La méthode la moins traumatisante, à envisager en premier lieu, est l'encéphalographie; en cas d'échec on pourra recourir à la ventriculographie, enfin, en dernier lieu à l'épreuve du lipiodol ascendant.

Le diagnostic précédent posé, il convient de *localiser*, autant que possible, *le siège de la lésion primitive: tumeurs intra-sellaires* (excavation du plancher de la selle, usure asymétrique en cas de tumeur excentrée); *tumeurs sus-sellaires* (élargissement de l'entrée de la selle, dépression du tubercule du plancher); le diagnostic devient particulièrement délicat quand il existe une destruction accentuée de la selle; *tumeurs para-sellaires* (excavation souvent irrégulière du plancher de la selle, lésions des apophyses clinoïdes antérieures, opacité moindre du dos de la selle, floue, altérations du sphénoïde, obscurité des cavités voisines).

L'hyperostose au voisinage de la selle est en faveur d'un méningiome; *tumeurs sous-sellaires et endo-craniennes*, le plus souvent malignes, et auxquelles on peut rattacher l'angio-fibrome qui quoique de nature bénigne affecte souvent les caractères radiologiques de malignité; *anévrymes de la carotide interne* (sans attacher trop d'importance aux calcifications des parois qui peuvent aussi s'observer dans des tumeurs kystiques, celles-ci s'accompagnant parfois de l'aspect en double contour du plancher de la selle.

D'une manière générale la disposition et la localisation des calcifications peuvent également contribuer à établir le diagnostic.

M. rapporte deux observations à l'appui de cette étude. MOREL KAHN.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Baumeister. *Calcifications pleurales* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXV, n° 2, 1932). — B. rapporte 10 cas de calcifications de la plèvre, suivis cliniquement et radiologiquement pendant des temps variables: 3 consécutifs à un hémothorax par coup de feu; 3 précédés par des lésions pleurales tuberculeuses; 1 en relation directe avec une actinomycose pulmonaire guérie par la radiothérapie; enfin, 1 consécutif à une pleurite non spécifique et 2 d'origine indéterminée. Toutes ces calcifications ont été observées chez des hommes de plus de 30 ans. Dans les cas où la bacillose est en cause, il s'agit toujours de lésions anciennes, inactives, et peu étendues. Le taux de la calcémie est en général à la limite supérieure de la normale.

Les calcifications pleurales ne se manifestent pas cliniquement par des symptômes plus précis que les épaississements pleuraux banaux. Dans les cas étendus, on observe tout au plus une prédisposition marquée à la bronchite.

Enfin, les observations radiologiques poursuivies au cours de plusieurs années montrent que les calcifications ne s'étendent pas toujours à toute la zone pleurale épaissie et anormale et restent souvent très circonscrites. G. BASCH.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

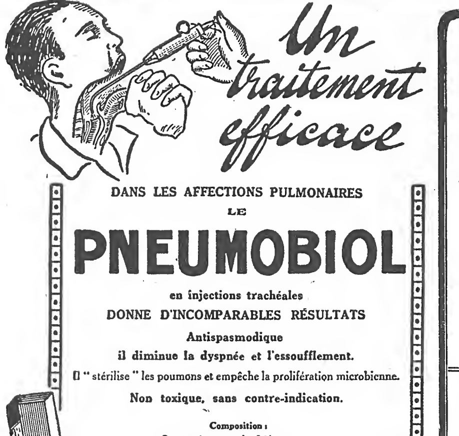
L. Delrez. *Insulinothérapie de l'anthrax en dehors du diabète* (*Le Scalpel*, tome LXXXV, n° 43, 22 Octobre 1932). — Devant les succès du traitement par l'insuline de l'anthrax chez le diabétique, on peut se demander si celui-ci ne traduit pas chez le non-diabétique une altération humorale apparentée au diabète.

Sur 20 anthrax chez des sujets sans glucosurie et à glycémie normale, l'injection quotidienne de 20 à 40 unités d'insuline a provoqué, en l'absence de tout traitement local, l'arrêt du processus d'extension; en 2 à 4 jours, l'anthrax se flétrit et entre en régression, la détersion et la cicatrisation suivent en 4 à 14 jours. Les cas les plus démonstratifs sont les anthrax de la lèvre supérieure et 2 anthrax du dos.

La glycémie étant normale, le mécanisme d'action de l'insulinothérapie dans l'anthrax est encore difficile à expliquer.

ROBERT CLÉMENT.





Composition :

Ess. camphora mono-br. 3 %.
Paraisopropylmétacrés. 1,50 ‰.
Mélaleucine 3 %.
Huile végétale neutre orth. éthylée à 4 %.
Oléum thymus serp. 2,50 ‰.
(Ampoules de 7 cc.)

Littérature et échantillons franco sur demande

PRODUITS PNEUMO

LABORATOIRES RAPIN, 48, Rue de Paris, VICHY (Allier)

VICHY-ETAT

VICHY GRANDE-GRILLE
Foie et appareil biliaire

VICHY CÉLESTINS
Reins - Vessie - Goutte - Diabète - Arthritisme

VICHY HOPITAL
Estomac et Intestin

VICHY CHOMEL
Affections des organes de la nutrition

SEL VICHY-ETAT
pour faire soi-même l'eau alcaline digestive

PASTILLES VICHY-ETAT
facilitent la digestion

COMPRIMÉS VICHY-ETAT
très pratiques en excursion pour faire l'eau alcaline digestive gazeuse



LA SANGLE OBLIQUE

AVEC SES PELOTES PNEUMATIQUES

est une conception **ABSOLUMENT NOUVELLE**

du relèvement des ptoses abdominales

DRAPIER ET FILS BANDAGISTES-ORTHOPÉDISTES

41, Rue de Rivoli et 7, Boulevard de Sébastopol, PARIS (Ier)

Téléphone : GUTENBERG 06-45 — NOTICE SUR DEMANDE

JOURNAL DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE (Bruxelles)

Alph. Leroy. ***Une épidémie à virus neurotrope, inflammation disséminée du système nerveux*** (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 6, Juin 1932). — Le nombre et la variété des infections diffuses du névraxe d'origine imprécise a certainement beaucoup augmenté depuis la grande guerre. Ce sont des faits de cet ordre que L. a eu l'occasion d'observer, et dont il rapporte 16 observations personnelles.

Le tableau clinique est variable suivant les cas, et il semble que le virus puisse atteindre les différentes parties du système nerveux. Mais chaque malade réalise sa symptomatologie particulière, d'où l'extrême variété des types cliniques. Toutefois un certain nombre de symptômes communs se rencontrent chez tous les malades: 1° des troubles du sommeil; 2° des troubles mentaux; 3° des signes névritiques. Souvent il s'y ajoute du tremblement. Ces divers symptômes peuvent être parfois très réduits.

L'épidémie se caractérise en outre par la fugacité des symptômes, l'allure paroxystique de certains d'entre eux, les modifications qu'ils subissent sous l'influence de l'émotion, par la variabilité des syndromes qui, graves à certains moments, peuvent peu après se réduire à peu de chose, pour se compliquer encore peut-être dans la suite, enfin par l'absence fréquente ou la ténuité des signes organiques.

Ce dernier caractère n'est pas un des moins dignes d'intérêt, et bien des cas signalés par L. auraient été étiquetés jusqu'à ces derniers temps comme des syndromes purement fonctionnels. Dans les cas légers passés à l'état subaigu, la symptomatologie rappelle à s'y méprendre suivant les cas, celle de la neurasthénie, des petits états dépressifs ou anxieux, des tics de la face. En l'absence de test anatomique ou biologique, il est impossible de préciser dans quel cadre rentrent les faits signalés par L. Ils semblent en tout cas ne pas devoir se confondre avec la sclérose en plaques, la maladie de Heine-Médin, ou l'encéphalite épidémique.

H. Schaeffer.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

M. Bruger et H. O. Mosenthal. ***L'épreuve de l'élimination de l'urée en tant qu'index du fonctionnement rénal. III. Recherches chez les brightiques. IV. Le test de l'élimination de l'urée comparé aux autres épreuves fonctionnelles du rein*** (*Archives of internal Medicine*, t. L, n° 4, Octobre 1932). — Poursuivant la série de leurs recherches sur la capacité que possède le rein d'éliminer l'urée (v. *La Presse Médicale*, n° 7, mercredi 25 Janvier 1933), B. et M. ont étudié ce test chez les brightiques. Rappelons qu'il consiste à déterminer l'urée de l'urine à deux reprises pendant deux heures ou quatre heures et l'urée sanguine à une ou deux reprises, en tenant compte de la surface du corps pour corriger les volumes d'urine, en appliquant la formule suivante pour les taux d'urine inférieurs à 2 cmc par minute: $Cs = \frac{U\sqrt{Vc}}{B}$, Cs étant l'élimination-tye, U l'azote de l'urée en milligrammes par 100 cmc, B l'azote de l'urée sanguine en milligrammes par 100 cmc et Vc la quantité d'urine en centimètres cubes par minute $\times \frac{1,73}{\text{surface du corps}}$.

B. et M. soulignent la valeur de cette épreuve qui permet d'être fixé avec précision sur le fonctionnement rénal et qui fournit d'importants renseignements pronostiques lorsqu'on suit son évolution.

Les valeurs au-dessus de 75 pour 100 du taux normal n'indiquent pas en général d'altération de la fonction rénale; celles qui sont comprises entre 75 et 50 pour 100 indiquent toujours une insuffisance rénale; au-dessous de 20 pour 100, on a affaire au stade final du brightisme, bien qu'en pareil cas l'urémie ne se manifeste parfois qu'au bout de plusieurs mois; enfin des chiffres d'environ 10 pour 100 coïncident avec des symptômes pré-urémiques, nausées, céphalée, etc., et les valeurs inférieures à 5 pour 100 vont de pair avec des manifestations urémiques évidentes et indiquent une fin imminente.

Chez les brightiques ayant une altération nette du fonctionnement rénal, l'exercice modéré n'influence pas l'élimination uréique. D'autre part, l'apparition d'œdèmes ou leur fonte n'ont guère d'effet sur ce test, ce qui est un avantage sur d'autres épreuves fonctionnelles du rein. Mais la méthode reste inapplicable aux rétentionnistes.

Comparé aux autres épreuves fonctionnelles du rein, ce test met d'ordinaire en lumière l'altération de la fonction rénale avant que l'on trouve une augmentation de l'urée, de l'acide urique ou de la créatinine dans le sang. Parfois cependant on constate, dans certains cas d'insuffisance rénale débutante, une élévation de l'acide urique du sang avant que l'épreuve de l'élimination uréique indique une altération du fonctionnement rénal. Il est donc bon de multiplier les tests quand on veut évaluer le fonctionnement du rein.

Fait intéressant, dans les néphrites chroniques présentant une altération marquée de la fonction rénale depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, le degré de l'anémie marche de pair avec celui de l'altération du rein révélée par le test de l'élimination uréique.

La détermination de la densité de l'urine au cours de l'épreuve des deux heures se montre sensiblement parallèle à l'élimination uréique, mais ces deux tests ne mesurent pas les deux mêmes fonctions du rein, l'épreuve de la densité donnant des indications sur la capacité du rein à concentrer et à diluer.

P.-L. Marie.

H. Shay, A. B. Katz et E. M. Schloss. ***Recherches expérimentales sur la physiologie de l'estomac. Evaluation du rôle de la régurgitation duodénale dans le contrôle de l'acidité gastrique*** (*Archives of internal Médicine*, tome L, n° 4, Octobre 1932). — Le suc gastrique pur, chez l'homme et chez le chien, a une acidité élevée (0,5 à 0,6 pour 100) que ne pourrait supporter l'intestin grêle. Selon Boldyreff, cette acidité est réduite par une auto-régulation due à ce que l'acide fort, franchissant le pylore, provoque une forte sécrétion de suc pancréatique alcalin, et au besoin de bile et de suc intestinal, qui, par régurgitation duodénale, vient dans l'estomac neutraliser partiellement l'acide de la sécrétion gastrique pour maintenir un taux de 0,15 pour 100 environ.

Sans nier l'intervention de la régurgitation duodénale, S., K. et S. se sont demandé si elle a bien l'importance que lui accorde Boldyreff. Ils ont commencé par déterminer le moment d'apparition de la bromsulphaléine dans le duodénum après injection intraveineuse ainsi que le rythme d'élimination du colorant. Ceci établi, un tubage gastrique à jeun a été fait, puis on a injecté le colorant et, au bout du temps nécessaire à son apparition dans le duodénum déjà connu, on a donné un repas d'épreuve varié (eau, eau acidulée, eau alcaline, etc.) qui a été évacué complètement au bout de 5 minutes; 15 cmc étaient alors réintroduits dans l'estomac et, toutes les 20 minutes, on répétait cette manœuvre, titrant dans chaque échantillon l'acidité et le colorant. Des sujets présentant toute la gamme de l'anacidité à l'hyperchlorhydrie furent soumis à ces expériences. Connaissant la concentration approximative du colorant dans le duodénum déterminée antérieurement, mesurant la quantité de liquide gastrique et évaluant la concentration du colorant, on put avoir une idée de la quantité de la régurgitation duodénale. Tout en accordant que celle-ci est chose fréquente, S., K. et S. arrivent à ne lui reconnaître qu'un rôle très modeste dans la régulation de l'acidité gastrique. Ils croient que la régurgitation est, soit l'expression d'un processus très banal au niveau du tube digestif par lequel le duodénum essaie de rejeter les irritants en général quelle que soit leur nature, acide, alcaline ou autre, soit le fait de l'anachlorhydrie, état gastrique dans lequel elle serait due à l'absence de tout contrôle pylorique.

Ils appuient leur opinion sur les faits suivants: L'introduction d'acides faibles (HCl à 0,2 pour 100) dans l'estomac détermine une régurgitation souvent bien plus abondante que les acides plus forts (HCl à 0,5 pour 100). D'autre part, l'ingestion d'alcalins (bicarbonate de soude à 1 et à 5 pour 100) provoque fréquemment une régurgitation plus marquée que lesdits acides, bien que le contenu gastrique demeure alcalin ou neutre pendant la durée de l'épreuve. Il faut remarquer, de plus, que la régurgitation la plus abondante trouvée au cours de ces expériences fut constatée dans un cas d'achylie vraie avec un repas d'épreuve à l'eau simple.

Par ailleurs, S., K. et S. font observer que la réaction alcaline du contenu duodénal est telle que, même si la régurgigation était abondante, elle ne pourrait avoir d'effet notable sur l'acidité gastrique. Le contenu duodénal n'est pas suffisamment alcalin pour changer la couleur de la bromsulphaléine, colorant qui vire à pH 7,2, et cela même dans les cas d'achylie gastrique vraie. La quantité de suc pancréatique nécessaire pour produire la diminution dans l'acidité gastrique qu'on constate dépasserait de beaucoup les possibilités sécrétoires du pancréas dans le temps donné. D'autre part, la prétendue dissociation entre la régurgitation du suc pancréatique et celle de la bile repose en réalité sur des apparences expérimentales trompeuses.

En somme, l'introduction d'acide dans l'estomac met en jeu un mécanisme à action très rapide qui n'est ni une neutralisation ni une dilution. S., K. et S. croient qu'il s'agit d'une absorption. Le contrôle de l'acidité gastrique n'est pas dû à la régurgitation duodénale, mais il semble dépendre essentiellement d'un mécanisme intragastrique, la régurgitation duodénale n'étant qu'une partie du mécanisme pylorique.

P.-L. Marie.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Ellison. ***Les hautes doses de vitamines dans le traitement de la rougeole*** (*British medical journal*, n° 3745, 15 Octobre 1932). — De récentes recherches ont mis en évidence le rôle de la vitamine A dans la résistance de l'organisme et des cellules épithéliales aux différentes infections.

Les travaux de Mellanby et de Green sur le traitement par la vitamine A de l'infection puerpérale ont reçu confirmation. Au Canada, Wright et ses élèves ont pu protéger des enfants contre le rhume de cerveau en leur donnant de grandes quantités de vitamine C. Ces travaux découlent des recherches de Mori qui, chez le rat atteint de xérophtalmie, a remarqué l'atrophie des cellules des glandes salivaires, de la muqueuse du larynx et de la trachée et la terminaison de ces animaux par bronchopneumonie.

Dans la rougeole, il existe des lésions de l'épithélium cilié de la trachée et des bronches permettant la pénétration des microbes secondaires, facteurs de complications les plus redoutables de cette affection.

300 cas de rougeole ont été traités à la période d'état par un mélange de vitamines A et D concentrées. 11 cas de mort furent observés. Dans une série de 300 cas où ce traitement ne fut pas appliqué, la mortalité fut de 36. Les complications pulmonaires furent moins sévères dans la première série, mais on ne remarqua aucune différence dans le pourcentage des otites et des complications cutanées.

Chaque enfant recevait par jour 1 cmc d'une huile de foie de morue concentrée représentant 300 unités internationales de vitamine A et 2.000 unités internationales de vitamines D, c'est-à-dire ce que contient approximativement 30 gr. d'une bonne huile de foie de morue. Cette dose, fixe quel que soit l'âge, fut donnée pendant une période de huit jours dans les cas bénins, pendant trois semaines dans les cas sévères. On n'observa aucun cas d'hypervitaminose. Ce traitement qui limite la gravité des complications pulmonaires semble pouvoir être donné comme traitement prophylactique.

André Plichet.

E. Fish. ***L'étiologie de la carie dentaire*** (*British medical journal*, n° 3746, 22 Octobre 1932). — Quatre principaux types de caries peuvent être décrits: des caries fissuraires, des caries interstitielles, des caries cervicales, des caries récurrentes. Ces caries se développent au niveau des défauts de l'émail. Normalement une dent n'est jamais perméable aux liquides, pas plus que la peau. S'il existe une fissure, un défaut de l'émail, les micro-organismes pénètrent dans la dent. Mais la dentine au-dessous de l'émail se renforce en calcium; il se produit une zone translucide qui isole effectivement la lésion de la pulpe dentaire et par formation de dentine secondaire, il se crée une sorte de barrière qui s'oppose au processus de carie.

Mellanby a montré que l'émail des dents de chiens privés de vitamine D était fragile, mais chez l'homme, étant donné que la vitamine D se rencontre dans le lait, le beurre, les œufs, le fromage, on est surpris de voir la carie dentaire aussi répandue. Les lésions rachitiques des dents ne consistent pas en des défauts de l'émail. Elles frappent surtout les incisives inférieures, or celles-ci sont remarquablement indemnes de carie.

Les caries cervicales sont dues au déchaussement des dents. Les caries récurrentes sont consécutives à une mauvaise technique de dentisterie. Les caries interstitielles et fissuraires ont un caractère héréditaire et racial. Il existe des races, des familles dont les dents ne sont jamais atteintes de carie.

En résumé, pour F. la carie dentaire est due au développement de saprophytes au niveau de défauts de développement de l'émail ou au niveau du collet des dents. Le seul moyen de défense est de rendre le milieu buccal inapte au développement des saprophytes et d'élever une race avec des dents à l'émail sans défauts et sans collets déchaussés.

André Plichet.

May Mellanby. ***L'étiologie de la carie dentaire*** (*British medical journal*, n° 3746, 22 Octobre 1932). — La carie dentaire n'est pas un trouble purement local. La structure de la dent dépend du régime suivi pendant la croissance. Les vitamines liposolubles et spécialement la vitamine D sont nécessaires à la calcification des dents et à leur résistance à la maladie. Les céréales, qui sont la base de la nourriture de la classe pauvre, manquent de vitamine D et contiennent des substances qui empêchent la calcification.

L'expérimentation et l'observation prouvent ces faits. Les peuplades qui se nourrissent de poissons gras, d'huile de poisson comme les Esquimaux, celles qui sont exposées au soleil, toute l'année, comme les nègres de l'Afrique centrale, ont une dentition parfaite. Chez les enfants rachitiques, les dents sont presque toutes cariées.

André Plichet.

REVISTA DE CHIRURGIE
(Bucarest)

Vl. Butureanu et G. Chipail (Jassy). ***Pancréatite hémorragique aiguë avec œdème*** (*Revista de Chirurgie*, tome XXXV, nos 7, 8, Juillet-Août 1932). — Un homme de 37 ans est pris brusquement en pleine santé de douleurs extrêmement vives à la région épigastrique et de vomissements, avec altération rapide et progressive de l'état général, gêne de la respiration et sensation de mort imminente.

Il entre à l'hôpital trois heures après le début des accidents. Les douleurs sont si violentes qu'il ne peut se tenir qu'assis, toute autre position augmentant l'intensité des douleurs et la sensation de suffocation. T. 36,6. Pouls: 106.

Dans les antécédents, douleurs d'estomac depuis quatre ans, avec vomissements survenant à intervalles irréguliers, sans rapport avec les repas.

Abdomen contracturé avec hyperesthésie généralisée, mais la contracture n'occupe guère que l'étage sus-ombilical. Sonorité préhépatique; pas de matité dans les flancs.

On porte le diagnostic de perforation d'ulcère gastrique ou de pancréatite aiguë.

Intervention cinq heures après le début des accidents, sous anesthésie générale à l'éther. Un peu de liquide sanguinolent dans l'abdomen. Estomac normal. Epiploon gastro-hépatique œdématié. Vésicule biliaire distendue, se vidant facilement et renfermant de nombreux petits calculs. Le pédicule hépatique est englobé par un œdème verdâtre jusqu'en arrière du duodénum. Par une brèche faite dans l'épiploon gastro-colique, écoulement d'une notable quantité de liquide hémorragique: le pancréas est englobé dans le même œdème verdâtre, plus marqué au niveau de la tête de l'organe: sur la surface de la glande quelques placards hémorragiques disséminés, dont le plus étendu peut avoir de 5 à 6 cm. de diamètre: ils sont plus accentués au niveau de la tête et semblent en voie de nécrose. Aucune trace de cysto-stéato-nécrose.

Tamponnement de la glande par un Mikulicz passant par la brèche gastro-colique et cholécystectomie.

Sécrétion abondante pendant les premiers jours, diminuant au bout de quelques jours. Un mois après l'opération, la cicatrisation était complète. Revu au bout de trois mois, son état était excellent.

B. et Ch. ne croient pas qu'il s'agisse dans les cas d'œdème aigu du pancréas d'une forme particulière et bénigne, mais plutôt d'une forme de début qui aboutit aux formes hémorragiques et nécrosantes et est tout aussi grave que les autres pancréatites aiguës.

M. Guibé.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Wolfgang Heubner. ***Etudes sur le phosphate et le calcium sous l'influence de l'ergostérine irradiée*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 16, 16 Avril 1932). — H. remarque tout d'abord que les préparations d'« ergostérine irradiée » contiennent plusieurs substances actives et que diverses préparations doivent, par conséquent, avoir des effets différents. Il donne des indications précises sur les produits qu'il a employés au cours de ses expériences dont les uns lui ont été fournis par Windaus (un des produits était au moins 25 fois plus actif que l'autre), tandis que les autres étaient constitués par le vigantol Merck.

Il a été ainsi constaté que 50.000 unités-rat antirachitiques par kilogramme de chat ont un effet incontestable sur les phosphates du sang qui augmentent au maximum vers la cinquantième heure. Chez les lapins, des doses analogues ont également fait augmenter les phosphates. En outre, on a constaté des foyers de nécrose artérielle de l'aorte avec début de calcification. D'une façon générale, cette augmentation des phosphates est, jusqu'à un certain point, proportionnelle à la dose d'ergostérine administrée. Pour évaluer l'activité en utilisant les phosphates du sang, il faudrait donc administrer des doses voisines dont l'une provoque une augmentation de plus de 20 pour 100 et l'autre, la plus faible, ne produise pas de modifications supérieures à 20 pour 100 par rapport aux chiffres initiaux.

En ce qui concerne le calcium, il n'a pas été constaté chez le lapin à jeun de modifications nettes en relations avec la dose employée. En tout cas, l'augmentation constatée est irrégulière, sous la dépendance de l'alimentation et, au total, très faible. Chez le chien il a été obtenu, par contre, un effet net sur le calcium du sang. D'un autre côté, il y a lieu de noter que, chez le lapin, le tractus intestinal et son contenu et plus spécialement le cæcum contiennent une quantité considérable de calcium. En tout cas, chez cet animal, l'ergostérine irradiée n'a pas d'action sur l'élimination du calcium. Les variations constatées à ce point de vue sont en rapport avec le poids du corps, la perte d'azote, etc.

Chez le chien, il n'a pas été non plus constaté, sous l'influence de ce médicament, une augmentation de l'élimination totale du calcium.

Les analyses d'organes ont montré, en ce qui concerne l'aorte du lapin, que la proportion de calcium ne dépasse pas sensiblement la normale alors que des calcifications peuvent déjà être mises en évidence par l'histologie.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES ROUMAINES DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET DE MICROBIOLOGIE (Paris)

G. Marinesco et **G. Stroesco.** ***Etudes sur la pathologie de la rage*** (*Archives Roumaines de Pathologie expérimentale et de Microbiologie*, tome IV, n[os] 3 et 4, Septembre-Décembre 1931). — Des recherches cliniques et expérimentales ont montré la relation étroite qui existe entre la porte d'entrée du virus et sa localisation dans le névraxe. Le virus se propage de proche à partir de la porte d'entrée jusqu'aux ganglions d'origine des nerfs sensitifs. On apprécie l'intensité du virus d'après la gravité des lésions constatées. M. et S. admettent que la transmission des virus neurotropes a lieu le long des espaces qui se trouvent entre les fibres nerveuses mais n'excluent pas la transmission le long du cylindraxe. Le virus attaque le cylindraxe au niveau de l'axone et dans la moelle.

Les ultra-virus neurotropes ne peuvent pas vivre comme les bactéries en dehors des cellules et des fibres nerveuses et par conséquent on ne peut pas les cultiver dans les milieux artificiels; aussi a-t-on imité la nature et les a-t-on cultivés en symbiose avec l'organisme vivant, leur multiplication n'ayant lieu que dans les cellules et les fibres nerveuses vivantes. Ces virus sont attachés si fortement au substratum sur lequel ils vivent qu'on ne peut pas les isoler; le problème des virus est étroitement lié aux progrès faits dans l'étude des colloïdes.

La transmission des ultra-virus et particulièrement du virus rabique est en fonction de plusieurs facteurs parmi lesquels l'odogenèse, la charge électrique du virus, le pH des tissus et leur potentiel d'oxydo-réduction. La façon dont s'exprime l'ensemble de ces facteurs régit les 2 aspects différents des lésions des cellules nerveuses et la formation des inclusions et surtout des corpuscules de Négri.

Les corpuscules de Négri « résulteraient de l'action excitante des ultra-virus sur le nucléola des cellules aboutissant à la production de granulations oxyphiles qui, en vertu des phénomènes électro-chimiques, traversent la membrane et donnent naissance, dans le cytoplasme, à la formation des aspects caractéristiques ». La « substance oxyphile emprisonne l'ultra-virus et n'est qu'une espèce de rempart protecteur du cytoplasme contre l'action nocive de l'ultra-virus »; les corpuscules ne peuvent pas être considérés comme des protozoaires.

Robert Clément.

LA PRATIQUE MÉDICALE FRANÇAISE (Paris)

P. Sassard. ***Le traitement des anémies par la méthode des acides aminés hématogènes (méthode de Fontès et Thivolle)*** [*La Pratique Médicale Française*, tome III, n° 11, Juin 1932]. — Chez 2 individus sains, plusieurs injections d'une solution contenant, pour 5 cmc, 0 gr. 10 de tryptophane et 0 gr. 20 d'histidine, provoquèrent une augmentation des globules rouges, une augmentation de l'hémoglobine tardive et temporaire, une leucocytose légère, un abaissement de la tension artérielle suivie d'une élévation légère, une excitation de la coagulation.

Chez 70 malades, présentant différents types d'anémie, ces réactions se trouvent amplifiées et modifiées.

Dans les anémies hémorragiques, 20 injections, à raison de 2 par jour, ont donné de beaux résultats dans les anémies consécutives à des fausses couches et dans 3 cas d'anémie secondaires à des hémorragies survenues au cours de la gestation. Même résultat favorable dans différentes anémies post-hémorragiques et dans les anémies des fibromes.

Dans les anémies de Biermer, dans 2 cas, on obtint une augmentation considérable du nombre des hématies et de l'hémoglobine avec amélioration de l'état général et gain de poids.

Les anémies néoplasiques réagissent d'une façon presque constante, mais la meilleure action est temporaire. Dans les anémies des tuberculeux, l'hyperglobulie ne s'accompagne pas d'élévation du taux de l'hémoglobine. La tension artérielle et l'état général s'améliorent.

Dans 4 observations d'anémie splénomégalique, on a l'impression que les acides aminés sont sans action tant que la splénectomie n'est pas faite. Les résultats sont inférieurs dans les anémies leucémiques. Dans les syndromes neuro-anémiques, l'élément nerveux n'est pas influencé alors que l'anémie est améliorée.

L'aminothérapie se suffit à elle-même et amène parfois des guérisons rapides et durables. Ce n'est qu'en cas de déficience hémoglobinique grave qu'il faudrait y adjoindre un traitement par le fer.

L'indication de ce traitement, c'est le syndrome anémique quelles qu'en soient l'origine, la gravité ou l'ancienneté. Tryptophane et histidine sont non seulement hémopoiétiques, mais ils excitent et régularisent la genèse des éléments blancs et rouges.

Robert Clément.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Moczar (Budapest). ***Sur les infections aiguës mortelles d'origine bucco-dentaire*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXIV, n° 11, Novembre 1932). — Collationnant 18.000 observations de mono-arthrite apicale suppurée, recueillies de 1922 à 1930, à la clinique stomatologique de la Faculté de Médecine de Budapest, M. note 24 cas mortels. La mortalité dans les infections dentaires avoisine donc 1 pour 1.000.

Sur ces 24 cas de mort: 23 *avaient pour point de départ les dents inférieures*. 2 fois les prémolaires étaient en cause. 21 *fois les molaires et, parmi celles-ci, la moitié de la culpabilité revenait à la dent de sagesse.*

Ces observations concernaient des adultes. Une seule fois, le terrain pouvait être invoqué.

La mort s'est produite par propagation infectieuse locale, dans les espaces celluleux, le plus souvent directement (14 fois sur 24), moins fréquemment par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques ou des vaisseaux sanguins, ou parfois par l'intermédiaire des sinus. Il s'est agi, 2 fois seulement sur 24, d'accidents pyoémiques.

La voie de propagation peut être *descendante*, d'où phlegmon du cou, médiastinite, bronchopneumonie. *Elle est parfois ascendante* vers les méninges et le cerveau directement par les trous de la base du crâne ou par thrombo-phlébite des sinus.

Elle peut être *à la fois ascendante et descendante*.

Enfin la troisième cause de mortalité est l'œdème de la glotte (4 cas sur 24). C. Ruppe.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

P. Cossio et **I. Berconsky** (Buenos-Aires). ***Syndrome d'hypoventilation alvéolaire*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome III, n° 9, Septembre 1932). — C. et B. relatent 3 observations de malades présentant le tableau clinique du cardiaque noir d'Ayerza: malades à passé pulmonaire, avec cyanose intense, polyglobulie, diverses manifestations se rattachant à l'hypertension de la petite circulation et sclérose de l'artère pulmonaire. L'autopsie d'un de ces malades montra des lésions typiques: broncho-alvéolite mutilante avec fibrose très marquée, bronchiectasies moniliformes, péribronchite infiltrative et sclérose avec diminution de la lumière vasculaire des petites branches de l'artère pulmonaire.

L'étude des fonctions respiratoire et hémodynamique a permis de séparer un syndrome double: respiratoire et circulatoire:

1° Le syndrome respiratoire est caractérisé par un état d'hypoventilation alvéolaire avec baisse marquée de la tension de l'anhydride de carbone.

2° Le syndrome circulatoire est caractérisé par un état d'insuffisance cardiaque sans altération de la tension différentielle ni élévation de la tension veineuse (sauf dans un cas).

Le syndrome respiratoire se montrait inchangeable, tandis que le syndrome circulatoire pouvait s'atténuer ou même disparaître totalement.

L'intense cyanose qui rendait manifeste l'aspect des malades avait pour cause la baisse marquée de la tension de l'oxygène dans l'air alvéolaire, déterminant une teneur élevée de l'hémoglobine réduite dans le sang artériel ou, pour mieux dire, diminuant le pourcentage de saturation en oxygène du sang artérialisé. La plus grande utilisation d'oxygène à la périphérie par le retard circulatoire existant à certains moments en conséquence de l'insuffisance cardiaque contribuait à intensifier la cyanose, mais ce retard à lui seul ne la déterminait pas.

L'atténuation et même la disparition de l'état d'insuffisance cardiaque n'aboutit pas à modifier cet aspect général des malades, aspect qui motive le terme de « cardiaque noir ».

Comme il s'agit d'un syndrome physio-pathologique, son étude et sa connaissance ne peuvent être réalisées que pendant la vie, ses éléments disparaissant après la mort.

L. Rivet.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Ferdinand Hoff. ***Contribution clinique à la question de la régulation du sang par le système nerveux central*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 42, 15 Octobre 1932). — H. a mis expérimentalement en évidence le fait que la formule sanguine est sous la dépendance du système nerveux central. Chez le lapin, la section de la moelle cervicale prévient la leucocytose qui s'observe après injection de produits bactériens.

Chez l'homme, l'insufflation des ventricules provoque des phénomènes très caratéristiques que H. a pu observer dans 6 cas. Il y a d'abord leucocytose allant de 12.000 à 23.000 avec augmentation des neutrophiles, déplacement vers la gauche et diminution des lymphocytes. Les éosinophiles diminuent pour augmenter ultérieurement.

Dans certains états pathologiques où on peut songer à une irritation du 3[e] ventricule et des régions du voisinage comme par exemple dans l'accès d'épilepsie, on observe également de la leucocytose qui n'est d'ailleurs pas due au travail musculaire, car elle apparaît en l'absence de convulsions. En outre, ces phénomènes s'observent dans certaines affections cérébrales et notamment dans les hémorragies du 3[e] ventricule. Chez un homme de 40 ans, tombé brusquement dans le coma, on a constaté l'existence d'un liquide cé-

phalo-rachidien sanglant en même temps qu'une élévation de température et déplacement vers la gauche de la formule leucocytaire, mais sans élévation anormale des leucocytes. Dans un cas de Högner, des constatations identiques ont été faites dans un cas d'hémorragie du 3e ventricule.

Dans la diathèse angioneurotique-exsudative, décrite par Assmann, qui s'accompagne parfois d'accès épileptiques, on constate des modifications du sang analogues. Dans un cas présentant dans l'intervalle des crises une forte éosinophilie, on a constaté, pendant la crise, une augmentation des leucocytes et plus spécialement des neutrophiles avec diminution des lymphocytes et disparition des éosinophiles.

H. remarque qu'on a signalé également, dans le parkinsonisme post-encéphalitique, une proportion un peu anormale des leucocytes. Il n'a pas pu confirmer le fait, mais il a constaté deux fois une polyglobulie assez nette, ce qui tend à confirmer d'autres observations montrant que le cerveau agit également sur les érythrocytes. A ce propos, H. rappelle les observations de Romcke et de Skouge qui ont observé de la glycosurie, de l'albuminurie et de l'acétonurie chez des sujets présentant des troubles cérébraux aigus. Chez ces malades, comme Romcke l'a fait savoir à H., il y avait leucocytose (10.500 à 29.500). Ainsi, dans la symptomatologie des troubles du diencéphale figure, en tout cas, une modification de la formule leucocytaire.

P.-E. Morhardt.

V. Kafka, C. Rieheling et **K. Samson.** ***La méthode pour étudier les rapports protéiniques dans le liquide cérébrospinal*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 42, 15 Octobre 1932). — La méthode décrite par K., R. et S. est fondée sur la centrifugation et le dosage séparés des protéines totales et des globulines, ce qui permet de calculer la proportion de sérines.

Pour cela, les auteurs utilisent des tubes spéciaux de deux types dont l'un est pour des centrifuges à 3.000 tours et l'autre pour des centrifuges à 5.000 tours. Dans les premiers tubes, on met 0,6 cmc de liquide céphalo-rachidien et 0,3 de réactif d'Esbach. On laisse reposer pendant une demi-heure, puis on centrifuge pendant quarante minutes et on lit la hauteur du précipité à la loupe. Les erreurs ne dépassent pas 10 pour 100 quand les chiffres trouvés varient de 10 à 70 milligr. pour 100 gr. En ce qui concerne les globulines, on prend la même quantité de liquide auquel on ajoute 0,6 cmc d'une solution saturée de sulfate d'ammonium; on centrifuge pendant quinze minutes et on procède à la lecture. On enlève ensuite le liquide surnageant et on dissout dans l'eau distillée. Enfin, on ajoute 0,3 cmc de réactif d'Esbach et au bout d'une demi-heure, on centrifuge de nouveau. On obtient alors la quantité de globuline ce qui, par soustraction, donne celle de sérine.

Le second type de tube est utilisé avec un mélange de liquide d'Esbach (15 parties) et d'acide sulfo-salicylique (85 parties d'une solution à 10 pour 100). Cette dernière modification a l'avantage d'exiger une constance moindre quant à la température, la viscosité et le temps pendant lequel on laisse reposer les liqueurs en présence. En outre, la lecture est plus facile.

Il est nécessaire d'étalonner les tubes avant de procéder à des dosages.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Schoenheimer. ***Spécificité de la résorption de la cholestérine et sa signification biologique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 43, 22 Octobre 1932). — L'administration de cholestérine à certains animaux comme par exemple le lapin détermine des dépôts de cette substance dans l'intima de l'aorte. Mais le lapin est exclusivement végétarien et son alimentation contient non de la cholestérine, mais seulement des phytostérines et plus spécialement de la sitostérine qui, d'ailleurs, serait un composé de 3 isomères. Or, l'administration de sitostérine chez le lapin et chez d'autres animaux ne fait pas apparaître de dépôts de stérine. On ne constate pas, dans ces conditions, une augmentation de la cholestérine du sang comme après administration de cholestérine. Bien plus, dans la lymphe du canal thoracique, on ne retrouve que de la cholestérine après administration simultanée de cholestérine et de phytostérines. Ainsi, ces dernières ne sont donc pas résorbables et l'intestin les traite comme des substances étrangères.

D'un autre côté, tandis que l'ergostérine irradiée est capable de traverser la muqueuse intestinale et de provoquer, à fortes doses, des symptômes toxiques, par contre, l'ergostérine non irradiée ne se retrouve pas non plus dans la lymphe du canal thoracique du chien. L'expérience montre que si la cholestérine et l'ergostérine non irradiée étaient résorbées avec la même vitesse, on trouverait, dans la lymphe, 2.000 ou 3.000 fois plus de cette dernière qu'on n'en trouve en réalité. Ainsi, ces divers corps présentent au point de vue de la résorption une spécificité dont l'importance, au point de vue biologique, est considérable.

L'allocholestérine, qui diffère de la cholestérine simplement par la situation de la double liaison, ne peut pas non plus être résorbée. Ces différences de comportement ne peuvent pas être attribuées à des différences de solubilité. Il est possible que les acides biliaires interviennent dans ces phénomènes en constituant un agrégat soluble.

Il existe également une spécificité des stérines par rapport à l'excrétion. Une grande quantité de stérines est déversée dans l'intestin par la bile, mais surtout par la sécrétion intestinale. Ces stérines sont représentées dans la proportion de 97 pour 100 par la cholestérine et de 3 pour 100 par la dihydrocholestérine qui, elle, n'est pas résorbable. D'un autre côté, toute la cholestérine de l'intestin n'est pas résorbée. Une partie est transformée par les germes intestinaux en coprostérine, qui n'est pas résorbable. En somme, les intestins agiraient à peu près comme les reins qui d'abord excrètent puis résorbent un certain nombre de substances utiles à l'organisme.

P.-E. Morhardt.

A. Schittenhelm et **B. Eisler.** ***Recherches thérapeutiques avec l'hormone thyrotrope*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 43, 22 Octobre 1932). — S. et E. poursuivent leurs recherches sur l'hormone thyrotrope qu'ils ont utilisée d'abord chez deux malades présentant une insuffisance des fonctions thyroïdiennes. Dans un cas de myxœdème post-opératoire, survenu après intervention pour maladie de Basedow, l'administration de cette hormone a fait très nettement augmenter l'iode du sang. Mais l'état du malade ne s'est néanmoins pas modifié au point de vue clinique. On eut recours alors à la thyroxine qui déclancha une modification extrêmement brusque, le métabolisme de base passant en douze jours de — 34 pour 100 à + 30 pour 100. Il semble que, dans ce cas, les effets de la thyroxine ont été augmentés par le traitement préalable par l'hormone thyrotrope.

Dans un autre cas, il s'agit d'une jeune fille de 22 ans présentant de l'idiotie congénitale et un arrêt de développement. Chez cette malade, l'hormone thyrotrope a également augmenté l'iode du sang et en même temps amélioré un peu l'état psychique. Par contre, la thyroxine a eu des effets nuls.

Dans un cas d'obésité où une réduction du nombre des calories n'a pas donné de résultat, l'administration de 600 unités d'hormone thyrotrope a fait régulièrement diminuer le poids du corps. Comme effet secondaire, on a observé parfois de la tachycardie allant jusqu'à 110 pulsations par minute. En même temps, l'iode du sang a également augmenté. Il semble donc que cette hormone thyrotrope active la thyroïde d'une façon qui peut être utilisée en thérapeutique.

P.-E. Morhardt.

J. Bauer et **J. Monguio.** ***Une modification du métabolisme déterminée par la résorption rectale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 44, 29 Octobre 1932). — On sait que l'administration rectale de glucose, en cas de diabète sucré, n'élève pas la glycémie autant que la même quantité de sucre administrée par la bouche et parfois même l'abaisse. Cependant, la production de corps cétoniques diminue, montrant ainsi que le sucre a bien été résorbé. Cette observation, due à Arnheim, a été, depuis, maintes fois confirmée. Mais jusqu'ici, on n'est pas arrivé à expliquer ce phénomène. B. et M. en ont donc repris l'étude et montré, par des recherches poursuivies chez 17 personnes, que l'introduction rectale d'eau, même en petites quantités, 20 cmc par exemple, suffit pour déterminer un abaissement de la glycémie de 20 pour 100 en moyenne, abaissement qui persiste pendant deux ou trois heures.

La dilatation du rectum par injection d'air ou de CO^2 de même que le froid ne suffisent pas pour provoquer une diminution de la glycémie. Il est donc vraisemblable que le processus de la résorption de l'eau par le rectum intervient pour provoquer cet abaissement. Il s'agit d'un phénomène non pas réflexe mais chimique; l'eau résorbée entraînerait avec elle une substance hypoglycémiante existant dans la paroi rectale.

Le phénomène est difficile à étudier chez les diabétiques parce que ces malades présentent, à jeun, des abaissements spontanés de la glycémie difficiles à distinguer des hypoglyeémies déclanchées par le lavement. B. et M. ont également constaté qu'en cas d'ictère, l'abaissement du sucre du sang est très peu marqué.

P.-E. Morhardt.

Egon Werner Winter. ***La rate et l'appareil génital femelle*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 44, 29 Octobre 1932). — Il a été prétendu, à diverses reprises, que la rate agit sur l'appareil génital. Cependant, les résultats expérimentaux sont jusqu'ici assez contradictoires. W. a donc repris les recherches chez la souris et chez le rat. Il a ainsi constaté tout d'abord que l'extirpation de la rate n'a aucune influence sur le cycle ovarien des rats et des souris femelles adultes. De même, cette intervention n'a pas eu d'influence sur la fertilité. L'injection d'un extrait de rate (prosplen) à des souris femelles infantiles ou adultes et castrées a été également sans influence.

Il semble donc que la rate soit dépourvue de toute influence sur l'appareil génital des rats et des souris femelles.

P.-E. Morhardt.

Alb. Meyer. ***Le comportement de la pression sanguine pendant l'encéphalographie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 45, 5 Novembre 1932). — Au cours de 11 encéphalographies faites dans un but diagnostique et thérapeutique, M. a étudié les variations de la pression sanguine. Il a constaté ainsi que la piqûre avec l'aiguille et l'écoulement du liquide céphalo-rachidien provoquent une élévation très modérée des pressions maxima et minima. Par contre, dès qu'il est injecté, dans le canal rachidien, 10 cmc d'air, on constate une ascension rapide de la pression sanguine d'ailleurs proportionnée à la quantité d'air injecté. A la fin de l'opération, la pression revient à la normale. Dans 2 cas cependant, la pression a diminué déjà pendant l'intervention.

L'augmentation de la pression a varié de 25 à 100 mm. pour la maxima et seulement de 15 à 50 mm. pour la minima. Les cas de collapsus se sont manifestés par une chute rapide et d'ailleurs passagère de la pression.

Il y aurait donc lieu d'admettre que l'air exerce une irritation sur certains centres régulateurs de la pression sanguine siégeant, comme il est admis généralement, dans la moelle allongée ou dans le plancher du 3e ventricule. Mais M. fait remarquer que l'augmentation de la pression du sang survient avant que l'air arrive dans les ventricules. Elle s'observe même alors que la radiographie montre qu'on n'est pas arrivé à remplir les ventricules.

Il ne s'agit pas non plus d'un réflexe douloureux, car l'augmentation de la pression survient avant que le malade commence à se plaindre.

P.-E. Morhardt.

Erwin Schliephake et Hans Probas. ***Rate et échanges chlorés*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 45, 5 Novembre 1932). — S. et P. ont utilisé un extrait de rate (prosplen) débarrassé des lipoïdes et des sels minéraux et présentant une action régulatrice sur la sécrétion gastrique. Cette action sur les fonctions gastriques doit s'accompagner d'une action sur les échanges chlorés de l'ensemble de l'organisme. C'est ce qui a conduit S. et P. à étudier cette influence sur une série de sujets normaux ou peu malades. La méthode a consisté à faire garder le lit jusqu'à la fin de l'examen, à faire prendre, dès le matin à jeun, 100 cmc de thé non sucré et à recueillir l'urine toutes les heures.

On a constaté que l'administration de l'extrait détermine le plus souvent une diminution nette de la sécrétion de Cl. La diminution constatée par rapport aux chiffres normaux atteint 0 gr. 38 en deux 1/2 heures. D'ailleurs, dans la réaction provoquée par cet extrait, on distingue 3 types. Dans l'un, la courbe de la sécrétion de Cl diminue rapidement. Dans le second, la diminution est rapide mais moins prolongée; dans ces deux types, les valeurs initiales sont hautes. Dans le troisième type elles sont au contraire basses et en général on constate une augmentation.

Parallèlement, on a constaté des variations dans le Cl du sang qui atteint son taux maximum au moment où l'excrétion de ce corps par l'urine est au minimum.

L'administration d'extrait splénique n'a pas fourni de résultat net quand elle a eu lieu après ingestion de NaCl. Quand elle a eu lieu avant, on constate en général une diminution du chlore du sang. Il faut rattacher, d'après S. et P., ce phénomène à l'action phasique de l'extrait splénique.

P.-E. Morhardt.

Hermann Knaus. ***La signification physiologique du scrotum*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 46, 12 Novembre 1932). — C'est le chirurgien anglais Griffith qui a découvert que chez les mammifères, la cryptorchidie réalisée expérimentalement inhibe la production des spermatozoïdes. C'est à Crew qu'on doit d'avoir cherché le premier à montrer que la cause de cette inhibition est représentée par la température élevée de la cavité abdominale. Depuis lors, C. Moor et Fukui ont confirmé cette notion dans une série de recherches. Il a été ainsi montré que le réchauffement du scrotum par l'air chaud, la paraffine chaude, etc., provoque une dégénérescence typique du testicule. Cette dégénérescence s'observe en deux cents heures quand la température atteint 40° et en trente-deux heures quand la température atteint 43°. Avec des températures de 47° à 49°, on arriverait à déterminer cette dégénérescence en vingt minutes. Il suffit même pour provoquer ces effets nocifs d'empêcher la déperdition de chaleur par le scrotum en l'entourant d'un pansement chaud et imperméable. Au bout de quelques semaines, le parenchyme testiculaire se trouve ainsi détruit. Il y a lieu d'admettre que le scrotum avec ses tuniques musculaires qui se dilatent sous l'influence de la chaleur et qui augmentent ainsi la surface de refroidissement a pour fonction de maintenir la température testiculaire constante à un niveau qui, chez les mammifères, est de 2,5 à 10° inférieure à celle de la cavité abdominale.

Les expériences inverses consistant à refroidir artificiellement un testicule implanté sous la peau du ventre ont permis de prévenir dans une certaine mesure les phénomènes de dégénérescence. Ces phénomènes ont naturellement une grande importance, notamment au point de vue de la greffe, puisqu'ils montrent que le tissu testiculaire spécifique exige un milieu relativement frais.

On sait que les spermatozoïdes quittent le testicule en nageant contre le courant déterminé par les cils qui existent dans le système canaliculaire du hile testiculaire et de la tête de l'épididyme. Ils gagnent ainsi la queue de l'épididyme où ils s'accumulent et s'immobilisent. Pendant cette période, ils semblent acquérir la maturité nécessaire pour réaliser la fécondation. Dans la queue de l'épididyme, les spermatozoïdes perdent progressivement leur pouvoir fécondant, de telle sorte qu'il n'atteint plus que 20 pour 100 le quarantième jour. Cependant, la motilité persiste jusqu'au soixantième jour. Ces chiffres varient un peu d'ailleurs suivant les animaux d'expérience. Si on fixe la queue de l'épididyme dans la cavité abdominale comme K. l'a fait, on constate que les spermatozoïdes perdent complètement leur pouvoir fécondant en cinq jours et leur motilité en douze jours. La motilité n'est donc pas le critérium du pouvoir fécondant.

La motilité des spermatozoïdes est due à ce que ces cellules, du fait de processus fermentatifs, dépensent, dans certaines conditions chimiques et thermiques, l'énergie potentielle qui semble siéger dans le segment intermédiaire. Cette motilité disparaît dans la queue de l'épididyme du fait de la concentration des ions H par excès de CO^2 et aussi du fait de l'abaissement de la température qui est nécessairement au minimum précisément dans la queue de l'épididyme, c'est-à-dire à la partie tout à fait inférieure du scrotum. Inversement, une élévation de température réalisée par fixation de testicule dans la cavité abdominale fait reparaître les mouvements mais disparaître le pouvoir fécondant très rapidement. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre qu'aussitôt après l'éjaculation, le spermatozoïde est amené à dépenser rapidement ses réserves d'énergie de telle sorte que chez le lapin, déjà au bout de trente heures, il a perdu son pouvoir fécondant.

P.-E. Morhardt.

Gustav Joos. ***Le contenu en adénine-nucléotide et en adénine-nucléoside des extraits d'organe agissant sur la circulation et mis dans le commerce*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 46, 12 Novembre 1932). — Les préparations commerciales contenant des extraits d'organe capables d'agir sur la circulation ont fait déjà l'objet de nombreux examens au point de vue de leur richesse notamment en adénosine et en acide adénylique. Mais, en général, on ne semble pas distinguer suffisamment ces deux principes bien que, comme Embden l'a montré, ils aient, malgré leur parenté chimique, des propriétés biologiques très différentes. Dans l'ensemble, il paraît à J. qu'actuellement, il n'est pas vraisemblable qu'on doive considérer ces deux substances comme les principes actifs des extraits du commerce. J. a donc procédé, au cours de ces derniers temps, à l'analyse des diverses préparations pour y déterminer le taux de l'adénine-nucléotide (acide adénylique, acide adénosine-tri-phosphorique et de l'adénine-nucléoside-adénosine). Cette recherche a été faite par une méthode qui repose sur la désamination de ces substances par des ferments actifs: l'un extrait de la musculature du lapin (adénosine-nucléotide) et l'autre de la rate fraîche de porc (adénine-nucléoside).

Avec le premier de ces ferments, on n'a constaté aucune production d'ammoniaque dans la padutine, l'eutonone, le lacarnol et la plupart des échantillons de myostone. Il semble que ces préparations ne contiennent pas d'acide adénylique en proportion appréciable.

Avec le second ferment, on n'a pas retrouvé d'adénosine dans la padutine et l'eutonone. On en a retrouvé dans une partie des échantillons de bioston et dans le lacarnol. Dans ce dernier produit, le taux d'adénosine a varié de 0,3 à 1,5 milligr. par centimètre cube et paraît diminuer avec le temps. Les chiffres obtenus par cette méthode pour le lacarnol sont d'ailleurs très voisins de ceux que donnent les méthodes pharmacologiques. En ajoutant de l'acide myoadénylique, de l'acide adénosine-tri-phosphorique ou de l'adénosine pure à des préparations il a été possible de retrouver quantitativement ces substances par la méthode utilisée par J.

En somme, le résultat des recherches de J. montre que l'activité des produits examinés ne peut pas être attribuée à l'acide adénylique ou à l'adénosine sauf en ce qui concerne le lacarnol, étant donné que l'activité de ce produit concorde avec la quantité d'adénosine. J. se défend d'ailleurs de vouloir tirer de ses analyses des conclusions quant à la valeur propre de ces diverses préparations.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für GYNÄKOLOGIE *(Berlin)*

Kleine. ***L'ostéomalacie; ses signes radiologiques, sa thérapie*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLI, n° 2, 1932). — K. rapporte l'observation d'un cas d'ostéomalacie ayant débuté à la suite d'un accouchement dix ans auparavant chez une femme d'un restaurateur, âgée de 47 ans lorsqu'il la soigna; il y avait eu aggravation lors des grossesses ultérieures. Cette femme avait été traitée pendant des années pour sciatique et rhumatismes sans succès; pendant les mois d'hiver, au cours des dernières années, il y avait augmentation des phénomènes douloureux qui se manifestaient par des douleurs des membres et d'importants troubles de la marche.

L'examen aux rayons montrait d'importantes lésions des os du bassin, de l'extrémité supérieure du fémur et des métatarsiens sous forme de « Uhmauzonen » (lignes de Looser) qu'il convient de ne pas confondre avec des fractures: il s'agit de décalcifications linéaires bordées de zones plus sombres, riches en calcium.

Par le vigantol (ergostérol irradié), on obtint en quatre semaines la disparition des troubles locomoteurs et des douleurs. La castration par les rayons faite auparavant n'avait pas eu d'effet thérapeutique chez cette femme qui arrivait à la ménopause. Dans les radiographies prises après le traitement, on peut constater un témoignage objectif des processus de guérison, c'est à savoir la disparition partielle des traits clairs par suite de dépôts calcaires.

Les résultats de la littérature moderne démontrent que le traitement par le vigantol est actuellement la thérapeutique de choix de l'ostéomalacie. On connaît des cas où le vigantol a guéri de graves ostéomalacies, là où la castration et l'oophorectomie ne donnaient aucun résultat.

L'ostéomalacie est le rachitisme du système osseux de l'adulte; c'est donc une affection due au manque de vitamines D. Ainsi s'expliquent cer-

tains facteurs favorisants, telle la fréquence dans certaines professions (restaurateurs, bouchers, boulangers) qui ont tendance à une nourriture uniforme, telle encore l'aggravation par l'hiver, étant donné qu'en cette saison l'intensité des rayons solaires est diminuée.

HENRI VIGNES.

Peter Hauptstein. *L'acétylcholine dans le placenta humain* (*Archiv für Gynäkologie*, tome CLI, n° 2, 1932). — Malgré toutes les recherches effectuées jusqu'à présent, on ne connaît pas encore les facteurs qui déclanchent le travail. On sait que chaque espèce animale a son temps de gestation fixe, que l'utérus est plus excitable vers la fin de la grossesse, mais on ne sait pas quelle est l'excitation ou les causes qui font justement la transition entre l'excitabilité augmentée et le début des contractions. A la suite des recherches de ces dernières années, on a trouvé que le placenta contient des hormones; on s'est donc demandé s'il ne contient pas des substances capables de provoquer les contractions.

C'est dans cet esprit que H. a étudié la choline découverte dans la placenta dès 1885; H. a recherché l'acétylcholine, quand le procédé de Kapfhammer et Bischoff (1930) en a permis le dosage.

Le placenta humain contient de l'acétylcholine en quantité très notable: pour les placentas à terme les chiffres vont de 74 milligr. pour 1 kilogr. de placenta à 141 milligr.; pour les placentas non à terme, le chiffre le plus bas est de 241 milligr., le plus élevé de 459 milligr. Les quantités d'acétylcholine pour 1 kilogr. d'organe sont beaucoup plus grandes dans les placentas de la première moitié de la grossesse (en moyenne 341 milligr.) que dans les placentas de la fin de la grossesse (en moyenne 106 milligr.).

Ce dernier fait est à remarquer: si l'acétylcholine avait vraiment un rôle dans le déclanchement des douleurs, on aurait pu supposer qu'elle devait plutôt augmenter progressivement et atteindre son maximum dans le placenta à terme.

H. rappelle qu'on a trouvé une diminution du potassium dans l'utérus près du terme; or, on sait, d'autre part, que le potassium a une action inhibitrice sur les effets de l'acétylcholine (Clark). On peut, donc, supposer qu'il existe des relations entre la chute du potassium dans l'utérus près d'accoucher et l'action de l'acétylcholine dans le déclanchement des douleurs.

Pour H., l'acétylcholine n'est, pas plus que l'hypophyse postérieure, la seule cause des douleurs. Son action sur l'utérus ne se fait probablement que, lorsque à la suite de modifications chimico-physiques dans le placenta, dans le sang maternel et dans l'utérus (peut-être encore aidées par des influences hormonales), se sont créées des conditions favorables pour son transport vers l'utérus et son action sur cet organe. L'ancien problème « quelle est la cause de l'accouchement ? » n'est pas encore résolu, mais nous pouvons considérer comme un progrès le fait que, grâce aux travaux de ces dernières années, on a établi des fondements précieux pour les recherches ultérieures.

HENRI VIGNES.

ZEITSCHRIFT FUR TUBERKULOSE
(Leipzig)

Landau. *Phénomènes de sclérose pulmonaire à la suite d'irradiation du thorax dans le cancer du sein* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXV, n° 3, 1932). — Il s'agit de modifications particulières répondant suivant les auteurs aux termes de fibrose ou d'induration pulmonaire, et succédant à des irradiations prolongées du thorax; anatomiquement, une phase préalable inflammatoire est bientôt suivie d'une prolifération du tissu conjonctif et de fibrose. L. a observé trois cas répondant à ces caractéristiques; dans le premier, on notait des télangiectasies de l'hémithorax gauche avec obliquité plus marquée des côtes et atrophie véritable de cet hémithorax. A l'examen, matité, râles humides; à la radio, déplacement de tout le médiastin vers la gauche, épaississement pleural. Le deuxième cas, analogue au précédent, se signale par de la dyspnée d'escalier, des douleurs thoraciques, une scoliose, et également une sinistrocardie. Le troisième cas est superposable aux deux précédents. Ces faits sont d'un diagnostic délicat, car on peut les confondre avec des métastases cancéreuses ou avec une tuberculose secondaire. Il y a intérêt à bien régler les doses d'irradiations et à pratiquer une radiographie avant chacune d'entre elles.

G. BASCH.

Starcke. *Thérapeutique et prophylaxie des infections aiguës observées chez l'enfant en cure sanatoriale. Influence de celles-ci sur l'évolution tuberculeuse* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXV, n°s 5-6, 1932). — S. a divisé les infections atteignant les enfants au cours des cures sanatoriales en trois catégories : maladies aiguës des voies respiratoires supérieures et des glandes salivaires, fièvres éruptives, affections grippales.

Les angines, observées de façon banale pendant la saison pluvieuse, n'ont pas retenti sur l'état pulmonaire. On put noter, par contre, une aggravation du processus tuberculeux dans deux cas d'oreillons, dans deux cas de varicelle, et après scarlatine. Quant à la grippe, son action sur la bacillose pulmonaire est très discutée. Il faut tenir compte, en effet, de la plus ou moins grande gravité de l'épidémie; S. relate quelques observations dans lesquelles il put noter radiologiquement l'apparition de nouveaux foyers d'infiltration. En résumé, il semble que les infections puissent agir sur la tuberculose suivant deux modalités: d'une part, par excitation non spécifique comme en peuvent causer les rayons ultra-violets ou les règles, d'autre part du fait de l'anergie consécutive à l'infection, anergie grâce à laquelle les bacilles en circulation dans le sang peuvent se fixer en un point quelconque de l'organisme.

G. BASCH.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Steinwendner. *Les douleurs de l'ulcère de jambe* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXII, n° 33, 13 Août 1932). — Rien n'est plus variable que l'intensité des phénomènes subjectifs au cours de l'ulcère de jambe, et ils ne sont que rarement proportionnels à la perte de substance constatée. S., qui a eu l'occasion d'observer un nombre considérable d'ulcères de jambe, a pu en caractériser cinq groupes en se basant sur ces phénomènes subjectifs: un premier groupe, constitué par une érosion superficielle au centre d'une région pigmentée, ne donne lieu qu'à des phénomènes douloureux insignifiants, survenant le soir ou après une longue station; une deuxième catégorie s'accompagne de petites érosions recouvertes de croûtes, et donne lieu à des douleurs intenses débutant le jour et s'accentuant jusque dans la première partie de la nuit. Dans un troisième groupe, on note une douleur en deux phases; un quatrième et cinquième groupe est constitué par de grosses pertes de substance s'accompagnant de douleurs peu intenses, etc.

De ces considérations, S. tire une ligne de conduite pour le pronostic et le traitement.

G. BASCH.

Gottlieb. *Fréquence de l'infection tuberculeuse chez les enfants viennois fréquentant l'école pour la première fois* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXII, n° 39, 24 Septembre 1932). — Depuis 1925, tous les enfants subissent une épreuve à la tuberculine pourvu que leurs parents ne s'y opposent pas. G. utilise la méthode de von Pirquet et se sert de la dermotubine de Löwenstein. Il n'a observé aucun trouble, si léger soit-il, à la suite de cette pratique, et, pour l'année 1931, 84 pour 100 des parents ont donné leur assentiment. En cas d'épreuve négative, on la répète au bout de huit jours; la proportion de réactions positives fut de 34 pour 100 chez les garçons, de 32 pour 100 chez les filles; elle est plus élevée chez les enfants des quartiers ouvriers (34 pour 100 contre 24 pour 100). Les conditions qui donnent lieu à une réaction positive sont bien entendu avant tout la présence d'un sujet bacillifère dans le lieu familial, cette circonstance étant de beaucoup plus de poids que les mauvaises conditions de logement.

G. BASCH.

Baar. *De l'association scarlatine-rougeole, et de la prophylaxie de la rougeole dans les pavillons de scarlatineux* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXII, n° 39, 24 Septembre 1932). — Etant donné les contradictions entre les différents travaux publiés sur cette question, B. a tenté, à l'aide d'une statistique importante portant sur 231 malades, de mettre en évidence les conséquences habituelles de l'association de la rougeole à la scarlatine. Il résulte de ses recherches que l'apparition d'une rougeole au cours d'une scarlatine constitue toujours, mais plus particulièrement au cours des trois premières semaines, un danger certain: la mortalité a été de 24,04 pour 100, contre 1 pour 100 dans les scarlatines simples, et 2,12 pour 100 dans les rougeoles simples observées pendant le même laps de temps (325 cas). Le nombre de décès doit être imputé dans la grande majorité des cas aux complications de la rougeole (sur 36 décès, 29 par pneumonie isolée ou associée à la diphtérie dans 12 cas). Il est relativement fréquent, cependant, d'observer une récidive de l'exanthème morbilleux. Quoi qu'en aient dit quelques auteurs, la rougeole ne semble en aucune façon favorablement influencer la néphrite scarlatineuse, qui se présente plutôt dans ce cas sous forme de néphrose. Enfin on observe quelquefois une prolongation de l'incubation qui peut atteindre trois semaines, et plus souvent un allongement de la période prodromique, qui dans 50 cas a duré de quatre à sept jours.

En raison des dangers dus à cette association morbide, B. a tenté une prophylaxie de la rougeole dans ses salles de scarlatineux. Il est trop difficile de se procurer les grandes quantités de sérum de convalescent nécessaires pour qu'il soit pratiquement employé dans un centre important; aussi a-t-il utilisé le sérum préparé suivant sa technique (sérum d'adultes sains ayant eu la rougeole dans l'enfance, et auxquels on inocule du virus morbilleux). Il faut en injecter de 40 à 50 cmc moyennant quoi B. obtint une proportion d'immunisations de 100 pour 100. Il faut donc, pour immuniser contre la rougeole des enfants atteints de scarlatine, des doses de sérum de convalescent ou de sérum d'adulte réactivé plus fortes que chez des enfants sains, ce qui s'explique peut-être par le fait que la présence dans le sang d'un deuxième antigène a une action empêchante sur la formation des anticorps.

Enfin B. a noté une série d'insuccès dans les tentatives d'immunisation par les sérums animaux.

G. BASCH.

Kretz. *Du traitement de l'œdème angioneurotique par l'extrait parathyroïdien* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXII, n° 40, 1er Octobre 1932). — K. rapporte trois observa-

tions de sujets atteints d'œdème angio-neurotique de Quincke. Dans le premier cas, où les œdèmes semblaient sous la dépendance d'un régime trop albumineux, l'administration de 3 fois 2 tablettes de 0 gr. 012 d'extrait parathyroïdien chaque jour, après les repas, entraîna une amélioration rapide. Par la suite, le malade n'absorba plus que 3 tablettes par jour, tout en rajoutant progressivement des albumines à son régime. Enfin, depuis près d'un an, en se maintenant à un régime modérément albumineux, et en absorbant de l'extrait parathyroïdien après les repas particulièrement riches en matières azotées, il ne présente plus d'œdème. Une autre malade, appartenant à une famille dont 12 membres avaient été sujets à l'œdème de Quincke (4 étaient morts d'œdème glottique), et présentant elle-même des œdèmes depuis l'enfance, fut guérie de la même façon à l'âge de 41 ans. Enfin, chez un parent de cette dernière, une seule injection de parathormone et d'afenil fit disparaître rapidement un œdème de la moitié gauche du visage.

K. mentionne également les cas de Hajos, qui, à côté de bons résultats dans l'œdème de Quincke et l'urticaire (disparition d'un œdème glottique une demi-heure après absorption de 3 cmc d'extrait parathyroïdien), observa plusieurs échecs.

K. attribue l'action favorable de cette médication en partie à l'élévation du taux du calcium sanguin.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Wysocki. ***Intoxication par la pommade à la cantharide*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 31, 29 Juillet 1932). — Les propriétés thérapeutiques de la cantharide sont connues depuis la plus haute antiquité, soit qu'elle ait été administrée à l'intérieur, comme diurétique, emménagogue, etc., soit que ses propriétés vésicantes aient été utilisées dans la pleurésie, les rhumatismes, etc. Enfin, un grand nombre d'intoxications ont suivi l'usage de la cantharide comme stimulant des fonctions sexuelles. W., après des considérations d'ordre général sur les caractéristiques zoologiques de la « mouche espagnole » ou « lytta vesicatoria », et un rappel des intoxications historiques ayant suivi l'absorption excessive de cantharidine, relate l'observation personnelle suivante: il s'agit d'un homme de 65 ans ayant été amené avec une érythrodermie desquamative généralisée, s'accompagnant d'une éruption bulleuse intense; d'après l'anamnèse, on put fixer les circonstances de l'affection; atteint de gale, le malade s'était frictionné par erreur avec une pommade contenant deux parties de cantharide pour huit parties d'excipient. Chez le patient, apparut en outre une néphrite aiguë avec urines rares contenant des globules rouges, des leucocytes et des cylindres. Tous ces phénomènes morbides s'atténuèrent, puis disparurent au bout de cinq semaines.

G. Basch.

Glasermann. ***Origines de la différence de tension artérielle entre les membres supérieurs et inférieurs*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 33, 12 Août 1932). — A la suite des travaux de Hill, on mit en évidence les différences tensionnelles aux membres supérieurs et inférieurs, particulièrement sensibles au cours de l'insuffisance aortique. Cette différence fut expliquée expérimentalement par Bazett et par Sydney Gladstone; elle serait due à une augmentation de l'énergie cynétique du courant sanguin, et à une vitesse plus accentuée de ce courant. On observe, en effet, dans l'insuffisance aortique, des différences tensionnelles allant de 3 à 10. Chez l'individu normal, on observe une différence de 0 à 3; dans les anémies, dans lesquelles est augmentée la vitesse du courant sanguin, on peut constater des chiffres analogues à ceux de l'insuffisance aortique. Au contraire, lorsqu'il y a décompensation cardiaque, la différence tensionnelle entre le membre supérieur et le membre inférieur tend à diminuer.

G. Basch.

Keller. ***Prophylaxie de la nervosité scolaire*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n°s 39-40, 23 Septembre 1932). — La nervosité de l'enfant, qu'il s'agisse de névropathie constitutionnelle, ou seulement de nervosité « conditionnée par le milieu », est susceptible, sous l'influence de l'effort scolaire, de s'exagérer de façon inquiétante. K. a étudié les différentes manifestations par lesquelles se traduit cet état et qui peuvent modifier tout le comportement scolaire de l'enfant: incapacité de concentrer son esprit; absence étonnante de coordination, tant somatique que psychique, d'où manque de présence d'esprit et échecs aux examens, même consciencieusement préparés, et, dans un autre ordre d'idée, maladresse et manque d'aptitude aux jeux en commun. Cette dernière circonstance s'aggrave du fait que l'enfant nerveux est déjà « asocial »; il vit seul, et se complaît dans une existence fantastique qui n'a aucun rapport avec la vie réelle (contrairement aux constructions imaginaires des enfants normaux) et dans laquelle il cherche à se maintenir par des mensonges absurdes.

Contre des troubles de cet ordre, il faut lutter en essayant de diminuer les causes externes d'excitation nerveuse: faire l'éducation des parents, éviter qu'ils stimulent l'amour-propre de l'enfant de façon excessive. K. préconise également la suppression de toute note, l'ambition d'avoir une bonne note ou une bonne place faussant complètement à son avis la mentalité de l'enfant, et encourageant les parents dans leur manie de faire dispenser les enfants des enseignements annexes, tels que gymnastique, chant, dessin, quand ceux-ci sont peu doués dans ces matières.

Il faudrait également supprimer le travail à la maison, qui agit de façon néfaste sur l'enfant nerveux, et multiplier les exercices et travaux manuels qui agissent au contraire de la façon la plus favorable.

G. Basch.

Moll. ***Indications du régime pauvre en lait chez le nourrisson*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n°s 39-40, 23 Septembre 1932). — M. expérimente depuis plus de dix ans un régime qu'il applique chez les nourrissons dans le cas de troubles digestifs aigus, mais qui lui a réussi également dans la pyurie, les pyodermites, les eczémas, l'idiosyncrasie au lait de vache... Il consiste à administrer seul ou mélangé au lait de femme une certaine quantité de lait d'amandes (mélangé à du petit-lait).

A partir du troisième mois, on mélange ce lait avec du pudding. Les bons résultats observés sont dus au fait que cette alimentation est privée de caséine et de graisses du lait de vache, alors que l'albumine et la graisse végétale sont très bien supportées par l'intestin des enfants malades. Ce régime est appliqué une semaine, laps de temps après lequel on peut revenir à l'alimentation normale.

Ce régime a réussi également dans des cas d'infantilisme intestinal ou maladie de Herta-Heubner.

G. Basch.

Schick et **Silbermann.** ***Contribution à l'étude des paralysies oculaires au cours du diabète sucré*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 41, 7 Octobre 1932). — S. et S. rapportent deux observations de paralysies oculaires: dans le premier cas, il s'agit d'une malade qui présentait de la diplopie par paralysie du droit externe gauche; en l'absence de tout autre signe neurologique, et malgré l'absence de sucre dans les urines, l'existence d'une hyperglycémie notable (2 gr. 24 par litre) fit attribuer ces troubles à un diabète sucré. Le diagnostic fut confirmé par la disparition totale de la paralysie après trois mois de régime.

Dans le deuxième cas, existait, depuis neuf ans, un diabète avéré; chez ce malade, on vit survenir à trois reprises, en six ans, un ptosis avec diplopie, unilatéraux, l'examen décelant une ophtalmoplégie complète du côté gauche. En présence de la répétition des accidents, qui furent précédés la troisième fois par des douleurs à type migraineux du côté gauche, et en raison de la notion d'une paralysie faciale gauche antérieure, les auteurs firent pratiquer une radiographie du crâne qui décela, outre une atrophie globale des os, une ombre intrasellaire de la grosseur d'un citron, correspondant à un foyer calcifié ou ossifié; la selle turcique elle-même semblait normale. Une telle lésion est susceptible à elle seule de provoquer une paralysie récidivante des muscles de l'œil; S. et S., qui déclarent ignorer la part respective des deux affections dans l'étiologie des paralysies, n'ont pas émis l'hypothèse d'une tumeur hypophysaire, étiologie commune possible des deux syndromes observés.

G. Basch.

Singer. ***L'épreuve de la galactosurie provoquée dans les anémies pernicieuses*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 41, 7 Octobre 1932). — Donath a pratiqué l'épreuve de la galactosurie provoquée de Bauer dans des anémies pernicieuses et montré qu'il y a généralement, dans ces cas, une agalactosurie, qui disparaît quand la maladie s'améliore. S. a suivi 6 cas d'anémies graves diverses. S'il a constaté, comme Donath, l'existence de l'agalactosurie dans la maladie de Biermer, il considère contrairement à D. que l'épreuve en question ne constitue pas un procédé de diagnostic de cette affection, car il a constaté l'absence de galactose dans les urines d'autres anémies ne présentant pas les caractères de l'anémie pernicieuse, en particulier dans un cas d'anémie essentielle hyperchromique et achylique, dans lequel l'épreuve à l'histamine s'est montrée négative. Cette anémie ne réagit pas à la cure de foie, mais au contraire fut guérie par l'administration de fer.

G. Basch.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

A. Bessemans et **F. R. de Potter** (Gand). ***A propos de la diathermie antisyphilitique par ondes longues ou faiblement amorties*** (*La Revue Belge de Sciences Médicales*, t. IV, n° 7, Août-Septembre 1932). — L'application de la diathermie par ondes longues (environ 600 mètres) faiblement amorties avec 2 électrodes détermine chez le lapin, le cobaye, le rat blanc et la souris blanche, pour des températures et des durées comparables entre elles, des réactions très différentes, non seulement suivant l'espèce animale et la région traitée, mais encore suivant la force de résistance individuelle. Le rat blanc et surtout la souris sont particulièrement sensibles, la peau scrotale du lapin est très vulnérable. Chez les autres animaux, les tissus cutanés et ganglionnaires peuvent supporter sans inconvénient un chauffage diathermique qui porte leur température durant une heure à 41°, à 42° et même à 43° et plus, températures suffisantes pour réduire à l'impuissance le virus syphilitique immédiatement ou peu de jours après.

Chez le lapin syphilitique, qu'il s'agisse de syphilome testiculaire ou cutané, un chauffage diathermique d'une heure, entre 42° et 43°5, a toujours réalisé l'immobilité immédiate des tréponèmes tandis qu'un chauffage d'une heure à 38°6 n'influence pas leur vitalité. Pour les ganglions syphilisés, des températures d'une heure entre 43°1 et 43°8 ne parviennent pas à stériliser ces organes sur 5 lapins sur 6. Le virus ganglionnaire semble présenter une thermo-résistance plus grande que celui des syphilomes testiculaires. Cependant, le transfert tardif (après un mois) d'un ganglion virulent ainsi chauffé, dans le testicule d'un lapin neuf, ne produisit aucune lésion apparente, alors que le transfert immédiat est suivi de succès. La disparition tardive du germe sous l'effet de la thermothérapie ne semble pas être la conséquence unique de la diminution de sa vitalité sous l'effet de la chaleur, mais aussi de la stimulation des forces défensives de l'organisme par l'effet thermique.

Chez l'homme, 2 essais durant 50 minutes n'ont pas permis d'atteindre une température locale plus haute que 33° à 34° dans le premier cas et de 36°2 à 36°3 dans le deuxième, cette température baissant d'ailleurs avec la prolongation de la thermisation. Ces applications ne provoquèrent aucune sensation désagréable, ni aucune modification cutanée immédiate ou tardive.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

M. B. Strauss et **W. B. Castle.** ***Recherches sur l'anémie de la grossesse.*** I. ***La sécrétion gastrique pendant la gestation et les suites de couches.*** II. ***Rapports des carences alimentaires et de la sécrétion gastrique avec l'hématopoïèse pendant la gestation*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXIV, n° 5, Novembre 1932). — S. et C. ont pensé que l'étude de la sécrétion gastrique pendant la grossesse pourrait les éclairer sur les facteurs étiologiques en jeu dans les anémies communes de la gestation.

Ils ont pratiqué de nombreuses analyses de suc gastrique chez 24 femmes au cours de la grossesse et des suites de couches. Ils ont vu que 75 pour 100 d'entre elles ne sécrétaient pas des quantités normales d'HCl libre et de pepsine pendant plus de la moitié de la gestation.

Abstraction faite de 3 femmes qui présentèrent une anachlorhydrie persistant même après injection d'histamine, 80 pour 100 des patientes sécrétèrent des quantités de HCl plus fortes après la délivrance que pendant la gestation, la sécrétion durant les suites de couches étant environ trois fois plus abondante que pendant le sixième mois de la grossesse.

La fréquence d'une anémie progressive pendant les trois derniers mois de la gestation est une chose bien connue, mais la cause en est demeurée obscure et l'on a fini par regarder cette anémie comme « physiologique ». Lorsqu'elle est marquée, elle ressemble aux anémies liées aux troubles gastro-intestinaux, à une alimentation défectueuse ou à une perte chronique de sang. S. et C. ont donc porté leur attention sur ces trois facteurs, afin d'arriver à déterminer le mécanisme de cette anémie. A cet effet, ils ont étudié de façon suivie la sécrétion gastrique, la composition de l'alimentation et la formule hématologique.

Ils ont pu voir d'abord que la diminution dite physiologique des globules rouges pendant la gestation est vraisemblablement le fait de l'hydrémie et non d'une véritable anémie, l'augmentation subite d'un demi-million de globules qu'on constate après l'accouchement appuyant cette opinion; ensuite, qu'une anémie vraie (diminution du taux total de l'hémoglobine du sang maternel) survient dans les trois derniers mois de la grossesse, lorsque le fœtus fait appel à l'organisme maternel pour former son sang et ses muscles et pour accumuler des réserves, et que cette anémie ne se montre que chez les femmes qui ont eu pendant longtemps une alimentation défectueuse ou des anomalies digestives liées à l'anachlorhydrie ou à des troubles gastro-intestinaux.

Ces résultats viennent souligner l'importance d'un régime adéquat et, en particulier, riche en protéines et en aliments renfermant du fer, pour éviter l'anémie de la grossesse.

P.-L. Marie.

J. R. Paul et **P. A. Leddy.** ***La répartition des cardiopathies rhumatismales selon les classes sociales. Etude statistique faite chez les étudiants de Yale*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. CLXXXIV, n° 5, Novembre 1932). — On admet généralement que le rhumatisme articulaire aigu sévit davantage dans les milieux dépourvus d'hygiène, donc là où les ressources économiques sont restreintes. D'après Glover, les enfants des classes pauvres, dans les villes industrielles anglaises, seraient 30 fois plus frappés que les enfants des classes aisées.

En est-il ainsi en Amérique? Devant les difficultés qui se rencontrent dans ce pays pour évaluer la fréquence de cette maladie, P. et L. ont préféré déterminer la fréquence des cardiopathies rhumatismales dans une population donnée, et en l'espèce parmi les étudiants de Yale qu'ils ont comparés à d'autres catégories sociales.

Ils ont constaté que chez ces étudiants, la fréquence des cardiopathies rhumatismales est de 8,2 pour 1000, tandis qu'elle est de 15 pour 1000 parmi des catégories d'individus d'âge comparable appartenant à d'autres carrières.

Parmi les étudiants en question, qui avaient été élevés dans des internats luxueux, la fréquence n'était que de 5,8 pour 1000, tandis qu'elle atteignait 12,5 pour 1000 chez les élèves provenant d'écoles préparatoires plus modestes.

Ces données établissent le bien-fondé de l'opinion qui veut que le rhumatisme soit plus rare parmi les individus disposant de larges ressources. Toutefois, d'après les constatations faites avec cette méthode, le facteur pauvreté semble jouer un rôle prédisposant moindre dans la fréquence du rhumatisme articulaire aigu que dans celle de la tuberculose clinique.

P.-L. Marie.

MEDICAL JOURNAL AND RECORD (New-York)

R. H. Dennett et **J. Dorsey Craig.** ***Etude comparative des aliments du nourrisson*** (*Medical Journal and Record*, tome CXXXVI, n° 4, 17 Août 1932). — Durant 1 an, D. et C. ont étudié comparativement en fonction de leur alimentation le développement et les incidents survenus chez 443 enfants à partir de l'âge de 2 mois environ. 127 étaient nourris au sein, toutes les 4 heures, suivant leur appétit. Les autres, nourris artificiellement, recevaient une ration en rapport avec leurs besoins caloriques (80 à 100 calories par kilogramme et par jour pour les beaux enfants, 100 à 110 calories par kilogramme et par jour chez les nouveau-nés ou les enfants au-dessous de leur poids, 120 à 130 calories pour les nourrissons de poids inférieur). 88 recevaient du lait en poudre, 100 du lait de vache modifié et 128 du lait évaporé.

Il y eut plus de troubles intestinaux et de diarrhée parmi les enfants nourris au sein que chez ceux à l'allaitement artificiel. L'augmentation de poids hebdomadaire moyenne fut très peu différente pour ceux à l'allaitement maternel et pour ceux au lait de vache modifié, elle est plus élevée avec le lait en poudre et avec le lait évaporé.

Le lait évaporé est particulièrement bien adapté pour les enfants au-dessous du poids de leur âge.

Pour mesurer la digestibilité des laits, on peut s'adresser à la tension du caillot. On fait cailler le lait avec une solution à 1 pour 3.000 de pepsine mélangée à du chlorure de calcium et l'on mesure avec un appareil spécial la résistance du coagulum formé. La tension du lait caillé est de 42 pour un bon lait frais, 30 pour le lait bouilli 2 minutes et 3 pour le lait évaporé; celui-ci présenterait donc au point de vue digestibilité une supériorité très nette sur le lait ordinaire. En sucrant le lait avec du lactose, on obtient une augmentation de poids supérieure à celle observée avec le sucre de canne ou le mélange dextrine-maltose ou un sirop de céréales.

Robert Clément.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

J. Lerman et **J. H. Means.** ***Traitement de l'anémie des myxœdémateux*** (*Endocrinology*, tome XVI, n° 5, Octobre 1932). — L'anémie se rencontre fréquemment au cours du myxœdème et elle s'accompagne très souvent d'absence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique. Dans certains cas, l'effet hématopoïétique de l'extrait thyroïdien suffit pour provoquer la disparition progressive de l'anémie; dans d'autres, l'anémie persiste ou les globules rouges seuls reviennent à la normale.

L'extrait hépatique ou le foie total accélèrent ou mettent en train la régénération des hématies jusqu'à un certain point, mais ils n'ont que peu ou pas d'action sur l'hémoglobine. Le fer, donné à doses convenables (4 gr. par jour de citrate de fer ammoniacal), améliore rapidement l'anémie des myxœdémateux, même chez ceux qui n'ont pas réagi à la médication thyroïdienne. L'adjonction du foie au fer ne se montre pas plus efficace que le fer seul; toutefois, cette association peut rendre service en parachevant l'amélioration sanguine.

Ainsi, on devra associer la médication martiale à la médication thyroïdienne dans les cas où persiste de la diminution de l'hémoglobine et l'on donnera de l'extrait hépatique aux myxœdémateux présentant la formule sanguine de l'anémie pernicieuse. L. l'a constaté chez 5 malades.

P.-L. Marie.

F. A. Hartman, K. A. Brownell et **J. E. Lockwood.** ***Recherches sur le rôle de l'hormone corticale surrénale (cortine)*** (*Endocrinology*, tome XVI, n° 5, Octobre 1932). — H., B. et L. étudient d'abord les effets de la cortine dans l'insuffisance surrénale.

Chez les animaux ayant subi la surrénalectomie bilatérale et chez les addisoniens, le coma est remplacé par le retour de la conscience, la paresse des mouvements et l'asthénie par une activité musculaire accrue, l'indifférence par de l'irritabilité et de l'agitation, les douleurs disparaissent et chez l'homme, on note le retour des facultés intellectuelles.

Si l'on analyse de plus près ces phénomènes, on constate que la fatigue, qui est la première à se montrer dans l'insuffisance surrénale, est la dernière à disparaître avec le traitement. Ce symptôme, comme H., B. et L. l'ont établi sur le rat, intéresse à la fois la voie réflexe, la jonction myoneurale et le muscle lui-même. L'influence de la cortine s'exerce aussi bien sur le système nerveux que sur l'appareil musculaire.

La résistance au froid est diminuée dans l'insuf-

fisance surrénale, ce qui est dû à ce que les animaux sont incapables de produire la chaleur supplémentaire requise, ce qui semble tenir en partie à la réduction de l'activité musculaire, résultat de la fatigue précoce des réflexes, et non à l'hypoglycémie.

La diminution de la résistance à la chaleur chez les animaux privés de surrénales, vis-à-vis de laquelle la cortine exerce un effet protecteur marqué, semble partiellement due à la diminution des emprunts d'eau faits aux réservoirs, ce qui s'oppose à la déperdition de la chaleur.

Passant à l'étude de l'action de l'extrait cortical chez les sujets normaux, H., B. et L. montrent que, en ce qui concerne les fonctions génitales, la cortine raccourcit l'intervalle intermenstruel chez la femme normale et empêche l'œstrus chez le rat normal, si l'on injecte des doses suffisantes.

Chez les animaux privés de surrénales, le métabolisme peut être maintenu voisin de la normale grâce à la cortine, et le retard de la croissance reste modéré. La cortine accroît la résistance aux toxines de ces animaux, combat l'hypoglycémie et, par son action sur le rein, améliore l'absorption de l'eau et la diurèse.

La cortine semble donc être une hormone générale des tissus.

P.-L. Marie.

R. G. Hoskins et **E. M. Jellinek**. ***Recherches sur la médication thyroïdienne. I. Conditions qui déterminent les effets hématopoiétiques de cette médication*** (*Endocrinology*, tome XVI, n° 5, Octobre 1932). — Les opinions concernant l'influence de l'activité de la thyroïde sur la formule sanguine sont encore assez discordantes. H. et J. ont fait une étude biométrique de l'action de la médication thyroïdienne sur les éléments figurés du sang, en appliquant les méthodes statistiques modernes, ce qui leur a permis de mettre en lumière certaines corrélations intéressantes restées jusqu'ici dans l'ombre.

Leur étude a porté sur 82 malades, âgés d'une trentaine d'années et atteints de démence précoce, ce qui restreint peut-être la portée des conclusions tirées. Ils avaient un poids inférieur de 16 pour 100 à la normale et leur métabolisme basal était en moyenne inférieur de 18 pour 100 à la normale. Certains avaient été considérés comme présentant de l'insuffisance thyroïdienne ou d'autres insuffisances endocriniennes tandis que les autres n'avaient aucune anomalie de ce genre.

Le chiffre des hématies était au départ légèrement inférieur à la normale; celui des leucocytes était un peu augmenté; l'équilibre leucocytaire était normal dans l'ensemble.

A la suite de la médication thyroïdienne (extrait thyroïdien, thyroxine), le taux des globules rouges s'éleva notablement et les globules blancs baissèrent, la diminution portant surtout sur les polynucléaires tandis qu'il y avait augmentation relative des lymphocytes, les autres éléments blancs n'étant pas modifiés.

Chez 52 malades présentant au début de l'anémie, le chiffre des hématies augmenta tout d'abord, mais diminua lorsqu'on éleva la dose de thyroïde; il existe donc une dose optima. On nota ce même effet diphasique sur les leucocytes.

L'effet favorable d'une dose donnée diminua avec l'âge. On obtint un effet plus marqué chez les patients en état de nutrition normale que chez ceux qui avaient un poids inférieur ou supérieur à la normale.

L'effet hématopoïétique se montra en raison légèrement inverse du taux de la consommation initiale d'oxygène.

H. et J. ne considèrent pas ces résultats comme spécifiques. Ils indiquent que la médication thyroïdienne présente une utilité générale pour le traitement des anémies secondaires et que l'âge, l'état de la nutrition, le taux du métabolisme basal, la dose et la durée du traitement sont des facteurs qui interviennent de façon significative dans le degré du résultat obtenu.

P.-L. Marie.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (Chicago)

W. B. Matthews et **L. R. Dragstedt** (Chicago). ***Etiologie des ulcères gastrique et duodénal; études expérimentales*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. LV, n° 3, Septembre 1932). — L'étude des ulcères du diverticule de Meckel ou du canal vitellin fistulisé à l'ombilic a montré que dans tous les cas on trouvait des îlots de muqueuse gastrique hétérotopique et que l'ulcère siégeait toujours à leur voisinage, mais n'intéressait que la muqueuse intestinale.

Se basant sur ce fait, M. et D. ont réalisé l'expérience suivante. Un petit estomac de Pavloff de 8 cm. de long sur 2 à 3 de diamètre est fait aux dépens de la grande courbure; l'iléon est sectionné à 30 cm. du cæcum; le bout supérieur est anastomosé latéralement avec l'inférieur en son milieu à 15 cm. en deçà du cæcum. Quant au bout supérieur, il est abouché au petit estomac. Dans d'autres cas, le petit estomac fut abouché en divers points. Sur 19 animaux mis en expérience, 17 présentèrent un vaste ulcère typique du tractus intestinal développé dans l'intestin au voisinage de son anastomose avec la poche gastrique. Dans tous les cas (6) où l'implantation avait été faite dans l'iléon, il y eut un ulcère; il n'y en eut que dans 85 pour 100 (11/13) des cas où elle avait été faite dans le jéjunum. Le temps nécessaire pour son développement varie de 14 à 160 jours, en moyenne 67 jours. L'ulcère s'est toujours développé sur la paroi intestinale au voisinage de la muqueuse gastrique, qui n'est jamais atteinte.

Formation d'ulcère chronique perforant dans l'estomac isolé. Un certain nombre d'expérimentateurs sont arrivés à isoler complètement l'estomac en le sectionnant au cardia, fermant l'estomac et anastomosant le duodénum à l'œsophage. En pareil cas, un ulcère chronique se développe, dû sans doute au haut degré de concentration de la pepsine acide dans cet estomac où rien ne vient la neutraliser.

Au contraire, quand on fait un estomac accessoire par le procédé de Pavloff, on n'observe jamais d'ulcère parce que le drainage du suc gastrique se fait rapidement par la canule ou que, en tout cas, le taux d'acidité du suc gastrique est minime (en moyenne 0,045 pour 100 d'acide chlorhydrique libre). Cependant dans un cas de vaste estomac accessoire, qui ne prenait pas part à la digestion, il se développa un volumineux ulcère qui finit par se perforer dans le péritoine.

La salive ne joue aucun rôle dans la neutralisation du suc gastrique; l'ablation des glandes salivaires, la fistulisation de l'œsophage n'entraînent pas la formation d'ulcères gastriques.

Les aliments dans l'estomac jouent-il un rôle dans la diminution de l'acidité du suc gastrique et la concentration peptique par dilution et neutralisation ? La réponse est importante, car alors ce serait la condamnation du traitement des ulcères par la sonde duodénale ou par la jéjunostomie, aucun aliment ne pénétrant alors dans l'estomac, tandis que ces procédés provoquent une abondante sécrétion de suc gastrique.

Silbermann par des repas fictifs, Burchner par des injections répétées d'histamine auraient obtenu des ulcères très fréquemment chez les chiens ou les rats. Les expériences de M. et D. leur ont prouvé au contraire que la sécrétion psychique ne donnait qu'un suc gastrique incapable de provoquer des ulcères sur un estomac qui ne reçoit pas d'aliments.

La dérivation des sucs duodénaux s'accompagne presque fatalement d'apparition d'ulcère quand le duodénum est réimplanté bas sur l'intestin: l'ulcère est inconstant en cas d'implantation haute à cause du reflux possible.

La dérivation complète à l'extérieur du suc pancréatique s'accompagne à peu près à coup sûr de formation d'ulcère gastrique; celui-ci peut être évité en faisant prendre par la bouche du carbonate de chaux, du bicarbonate de soude ou de la poudre d'os.

On sait le rôle que Boldyreff fait jouer à la régurgitation des sucs duodénaux dans l'estomac pour régulariser l'acidité du suc gastrique. Pour étudier cette action, M. et D. placent au niveau du pylore une valvule s'opposant à cette régurgitation sans empêcher le transit normal des aliments. Les résultats de leurs expériences sont les suivants. Le degré d'acidité totale ou d'acide libre dans le contenu gastrique est plus élevé et persiste plus longtemps élevé. Une solution acide introduite dans l'estomac n'est que très lentement neutralisée. Il ne semble pas y avoir d'action sur la rapidité d'évacuation du contenu gastrique.

Si sur des chiens ainsi préparés, on provoque la formation d'un ulcère gastrique par injection sous-muqueuse de nitrate d'argent, la guérison de cet ulcère est beaucoup plus lente que chez les chiens témoins; exceptionnellement toutefois l'ulcère passe à l'état chronique; presque tous guérissent, mais lentement.

Si on vient à implanter un fragment d'intestin sur une perte de substance de la paroi stomacale, elle reste normale; si on vient à installer une valve s'opposant au reflux duodénal, on constate l'apparition d'un ulcère en ce point dans la moitié des cas, quelle que soit la portion d'intestin greffée, duodénum, jéjuno-iléon, côlon.

Les expériences de M. et D. n'apportent aucun fait qui contredise l'action néfaste possible des mouvements de l'estomac ou d'une nourriture grossière sur la guérison des lésions aiguës de l'estomac ou du duodénum. Mais l'action chimique de la sécrétion gastrique semble plus importante que celles-ci dans la production des lésions et leur persistance.

M. Guibé.

THE LANCET (Londres)

Alec Walker. ***La thrombo-phlébite migratrice*** (*The Lancet*, n° 5696, 29 Octobre 1932). — Ce type de thrombo-phlébite a été décrit pour la première fois en 1928 par Moorhead et Abrahamson. La maladie commence habituellement par les veines superficielles ou profondes des membres pour s'étendre plus tard aux veines du thorax et de l'abdomen, plus rarement à celles du cerveau et du cœur.

W. rapporte une observation qui vient s'ajouter à 15 cas dont il donne un tableau résumé. Dans trois cas seulement la thrombo-phlébite a commencé par une veine viscérale : veine spermatique, veine mésentérique, veine cérébrale. Dans 9 cas, il y eut des complications pulmonaires : infarctus ou pleurésie. Dans cinq cas, où il y avait quelques raisons de soupçonner le streptocoque, aucun foyer ne put être mis en évidence et les hémocultures faites dans tous les cas observés ont toujours été négatives. Il est possible pour W. que cette thrombo-phlébite reconnaisse pour cause une altération de la composition physico-chimique du sang veineux.

André Plichet.

Norman Kletz. ***La thrombo-phlébite migratrice*** (*The Lancet*, n° 5696, 29 Octobre 1932). — La thrombo-phlébite migratrice est primitive. Elle n'est pas précédée par une affection quelconque

des veines. Elle frappe surtout les veines superficielles des membres et peut s'étendre aux veines des viscères. L'intérêt de cette thrombo-phlébite réside dans la tendance particulière des caillots à se déplacer, longtemps après leur formation, sans cause provocatrice. Elle est intéressante aussi par ce fait que sa distribution est segmentaire avec des veines saines par intervalles. L'extension de la thrombo-phlébite s'accompagne de fièvre modérée. Localement la lésion apparaît sous la forme d'une masse nodulaire, érythémateuse, fusiforme, sensible au toucher. Cette affection est généralement de pronostic favorable, sauf dans les cas de phlébite profonde. On a signalé son association avec la maladie de Buerger. L'étiologie en reste obscure. On pense qu'il s'agit d'une bactériémie atténuée à point de départ d'un foyer infectieux caché. Le traitement est simplement symptomatique.

André Plichet.

G. Graham, A. Clark et **H. Roberson.** ***Le régime riche en hydrates de carbone dans le diabète*** (*The Lancet*, n° 5697, 5 Novembre 1932). — Un changement important s'est fait dans le régime des diabétiques depuis la découverte de l'insuline. Autrefois on réduisait au minimum la ration journalière d'hydrates de carbone et on augmentait celles des graisses et des protéines. Grâce à l'insuline, la tendance actuelle est au contraire de réduire la quantité de graisses et d'augmenter les hydrates de carbone, ce qui dans un grand nombre de cas améliore le diabète.

Cette amélioration ne semble pas être due au fait que le remplacement des graisses par les hydrates de carbone diminue la valeur énergétique du régime. Avec un régime pauvre en hydrates de carbone, on observe de l'acétonurie. L'acétonurie est une indication à augmenter la quantité d'insuline. Avec un régime riche en hydrates de carbone qui fait disparaître l'acétonurie, on peut parfois diminuer la quantité d'insuline ou tout au moins, on n'est pas amené fatalement à augmenter la dose quotidienne d'insuline. Expérimentalement, un régime où les graisses dominent rend les animaux moins sensibles à l'insuline. Mais d'autre part, chez les diabétiques anciens, il est difficile de réduire un régime riche en graisses auquel ils sont habitués et qu'ils trouvent plus agréable.

André Plichet.

Cunliffe Shaw. ***Le rôle du sympathique dans les altérations des tissus*** (*The Lancet*, n° 5697, 5 Novembre 1932). — On peut considérer que le sympathique joue vis-à-vis des cellules d'un tissu le rôle d'un frein empêchant la prolifération irrégulière et inutile. Ce phénomène de freinage est parallèle, en somme, à l'action inhibitrice qu'exerce le sympathique sur le seuil sensoriel.

Certains agents irritatifs du derme et de l'épiderme peuvent amener par l'intermédiaire du sympathique des changements pathologiques dans les tissus, caractérisés par l'hyperplasie des épithéliums et des fibres élastiques. Rémond, Bernardberg et Sendrail ont montré que le développement du cancer du goudron était plus rapide dans les zones de peau qui avaient été privées des terminaisons du sympathique. Ainsi le sympathique ou les hormones parasympathiques auraient une influence sur le développement initial des néoplasmes.

La suppression chirurgicale du nerf sympathique agit essentiellement en troublant la balance physico-chimique des tissus et les effets passifs de vaso-dilatation n'ont qu'une importance secondaire.

André Plichet.

L'ASCLEPIOS (Athènes)

P. Polychroniadès. ***Un cas de phtisie granulique diagnostiqué par la ponction de la rate*** (*L'Asclépios*, n° 9, 1932). — On sait que, dans la phtisie granulique, en opposition avec les symptômes alarmants, souvent l'examen du thorax est presque négatif, il n'y a pas ou il y a peu d'expectoration, le bacille de Koch est absent des crachats et la radioscopie et même la radiographie n'est pas d'un bien grand secours. Dans un cas de cet ordre P. a eu l'idée de recourir à la ponction de la rate, toujours grosse dans cette affection. La ponction, absolument inoffensive, a été faite à l'aide d'une simple aiguille, pour obtenir un fragment de pulpe qui, faisant emporte-pièce, est aspiré dans l'aiguille. On a passé ensuite un mandrin métallique à l'intérieur et la pulpe expulsée sur la lame était étalée et colorée par la méthode de Ziehl. L'examen montra l'existence de bacilles de Koch en abondance. P. insiste sur cette nouvelle méthode diagnostique et recommande son emploi étendu pour en apprécier la valeur.

N. Kisthinios.

NORSK MAGAZIN FOR LAEGEVIDENSKAPEN (Osló)

Martin Fesdal. ***L'influence du régime alimentaire de Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch sur le métabolisme*** (*Norsk magasin for laegevidenskapen*, n° 10, Octobre 1932). — F. a examiné la quantité d'acide lactique existant dans le sang de 13 malades atteints de tuberculose cutanée, de 8 tuberculeux pulmonaires, d'un sujet souffrant de rhumatisme généralisé et de 2 individus normaux. Tous ont été traités par le régime alimentaire de Hermannsdorfer-Sauerbruch.

La concentration d'acide lactique la plus élevée (0,44 pour 1000) se trouve chez les patients atteints de tuberculose cutanée, tandis qu'on a trouvé une valeur de 0,51 pour 100 chez les tuberculeux pulmonaires.

Les trois patients non tuberculeux ont présenté pendant les premières semaines du traitement une augmentation considérable de l'acide lactique suivie rapidement d'un retour au niveau normal.

Une augmentation semblable a eu lieu chez les malades atteints de tuberculose cutanée, et on a constaté que, dans ces cas, la concentration élevée a persisté. Les patients souffrant de tuberculose pulmonaire, au contraire, n'ont présenté qu'une augmentation minime pendant les premières semaines du traitement.

La réserve alcaline était augmentée dans tous les cas; l'excrétion d'ammoniaque était normale.

F. suppose que cette augmentation de l'acide lactique a lieu pour compenser l'alcalose. Quelle est la cause de celle-ci? La quantité totale de l'alcali était normale, mais chez quelques patients on trouvait une diminution des chlorides du sang.

F. conclut que cette augmentation de l'acide lactique du sang pourrait peut-être avoir son importance en ce qui concerne l'amélioration de la tuberculose par le régime alimentaire de Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch. Alf. P. Jacobsen.

P. Bull. ***Quelle est la signification de l'appendicite aiguë chez les petites filles et les jeunes filles pour le développement de la stérilité?*** (*Norsk Magasin for laegevidenskapen*, n° 12, Décembre 1932). — B. a examiné (1930-1931) 50 cas d'appendicite aiguë chez des petites filles et des jeunes filles ou jeunes femmes opérées de 1906 à 1928.

B. a divisé ses malades en 4 groupes:

1° Appendicites légères, sans réaction péritonéale. 22 malades;

2° Appendicites gangreneuses avec du liquide libre dans le péritoine. 16 malades, dont 3 avec drainage;

3° Appendicites perforantes avec drainage. 8 malades, dont 6 avec des abcès du Douglas;

4° Abcès limités avec drainage. 4 malades.

De ces examens, B. peut tirer les conclusions suivantes:

1° L'appendicite aiguë peut être suivie de stérilité, quand des crises graves ont été traitées *sans opération* ou ont été opérées *tard* au cours de la maladie;

2° Des abcès du Douglas, qui se sont vidés précocement, ne donnent pas en général de stérilité;

3° Même dans les cas où l'on pourrait croire à l'avance à une stérilité probable, un certain nombre de femmes arrivent à mener à bien une ou plusieurs grossesses.

Alf. P. Jacobsen.

NORDISK MEDICINSK TIDSKRIFT (Upsala)

Georg H. M. Waaler. ***Le cancer et l'hérédité*** (*Nordisk medicinsk Tidskrift*, n° 41, Octobre 1932). — W. a utilisé les matériaux qu'a recueillis « le Comité norvégien pour les recherches sur le cancer » depuis 1908. La fréquence du cancer est environ 1 fois 1/2 plus grande chez des personnes dont un ou deux des parents sont morts de cancer que chez des personnes dont les parents sont morts d'une autre maladie. Il n'y a qu'une faible différence entre les deux sexes. L'hérédité paraît donc avoir une certaine importance dans l'étiologie du cancer.

Alf. P. Jacobsen.

August J. Nissen. ***De la fécondité des schizophrènes*** (*Nordisk medicinsk Tidskrift*, n° 48, Novembre 1932). — Chez 322 malades atteints de schizophrénie, N. a examiné la fréquence du mariage et la fécondité qu'il a comparée avec celles de la population norvégienne. Les schizophrènes se marient relativement peu; les mariages sans enfants sont fréquents et la natalité est faible; le nombre des illégitimes est grand. De ses recherches, N. peut conclure que les schizophrènes ne mettent pas assez d'enfants au monde pour compenser leurs décès.

Des travaux d'Ernst Rüdin et de Lutemburger, il semblait résulter que la schizophrénie était due à un facteur héréditaire récessif. Mais quoique la fécondité des malades soit très petite, le nombre des schizophrènes n'a pas l'air de diminuer. La théorie de l'hérédité n'explique pas ce fait, à moins qu'on n'invoque la production de facteurs héréditaires nouveaux. N. pense que ses recherches montrent que l'hygiène de la race (stérilisation, etc.), n'est pas le seul moyen de prophylaxie de la schizophrénie.

Alf. P. Jacobsen.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Léon Bernard et Maurice Lamy. *Arthropathies chroniques du type déformant au cours de la dilatation des bronches* (*Annales de Médecine*, tome XXXII, n° 4, Novembre 1932). — Aux deux observations antérieures de Jacquet, Roquejeoffre et Alavoine, et de J. Minet et Warembourg, B. et L. en ajoutent une troisième, personnelle, qu'ils relatent par le détail, avec de beaux clichés radiographiques.

Ce syndrome s'observe chez des sujets porteurs depuis de longues années de bronchectasies, sans aucun stigmate de syphilis ou de tuberculose, ou de toute autre tare. De nombreuses articulations peuvent être touchées, surtout aux mains, dont l'aspect rappelle la maladie de Charcot. Les déformations sont dues surtout à la tuméfaction des séreuses articulaires, tendineuses et péri-articulaires, réalisant un type de rhumatisme séreux. A certaines articulations on trouve de gros craquements ou de l'ankylose, et la radiographie montre des lésions osseuses. Aucun des malades ne présentait d'ostéo-arthropathie hypertrophiante; un seul avait un léger hippocratisme digital. La pathogénie est obscure.

En dehors du traitement habituel du rhumatisme chronique, il faut avant tout traiter la cause, la dilatation des bronches, et la vaccinothérapie a, dans deux cas, donné des résultats appréciables et même inattendus.

L. Rivet.

Joseph Chalier, Lévrat, Froment et Roman-Monnier (Lyon). ***Considérations sur les diphtéries malignes mortelles. Valeur des lésions rénales et de l'azotémie*** (*Annales de Médecine*, tome XXXII, n° 4, Novembre 1932). — Les auteurs relatent 12 observations: 10 des malades ont présenté une angine maligne d'emblée; dans 2 cas, il s'agit du syndrome malin secondaire.

L'étude de ces cas montre que la mort dans la diphtérie maligne est la résultante d'une intoxication presque toujours pluriviscérale; mais, par ordre de fréquence et d'importance des organes touchés, il convient de mettre au premier plan les reins (lésés dans tous les cas), puis les surrénales (lésées dans 8 cas), enfin le cœur (5 fois).

Pratiquement, c'est grâce à l'atteinte rénale qu'on pourra porter un pronostic plus ou moins sévère, en se fondant sur le degré de l'azotémie associée à la cylindrurie. Dans 11 cas sur 12, le taux de l'urée était très augmenté, entre 0,87 et 2 gr. 80.

L. Rivet.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Reymond. *Etude biologique des intradermo-réactions à la streptotoxine* (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, tome III, n° 10, Octobre 1932). — L'antivirus streptococcique de Besredka constitue un antigène diagnostique digne d'être employé, sous forme d'intradermo-réaction, dans les streptococcies cutanées.

Sur 395 malades atteints d'affections cutanées diverses, la cuti-réaction s'est montrée positive non seulement chez les sujets atteints de streptococcies essentielles (érysipèle, impétigo), mais encore elle donne un résultat positif dans nombre de dermatoses dans lesquelles le streptocoque ne joue qu'un rôle épisodique. Les réactions sont égales d'intensité dans les deux cas. Le degré d'intensité paraît dépendre pour chaque sujet de la capacité constitutionnelle de sensibilisation à la strepto-toxine, et de l'intensité des lésions cliniques.

Sur 20 témoins, ne présentant aucune lésion cutanée, 12 seulement eurent une réaction négative, ce qui s'explique par le saprophytisme du streptocoque sur l'épiderme.

Dans 157 cas de dermatoses d'étiologie indéterminée ou sans rapport avec le streptocoque, 112 ont montré une sursensibilisation à la toxine streptococcique. On ne peut donc conclure à l'étiologie streptococcique d'une dermatose encore indéterminée (psoriasis par exemple), en se basant sur une cuti positive à la streptotoxine.

Sur 133 cas d'eczéma, 78 donnèrent un résultat positif, en particulier les dermites professionnelles (22 cas sur 25 examinés).

La variabilité des intradermo-réactions homéotopes à la streptotoxine confirme l'instabilité des propriétés immunisantes du streptocoque.

R. Burnier.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG
(Paris)

Th. Brosse, J. Lenègre, J. Mage et A. Van Bogaert. *Contribution à l'étude des réactions vasculaires au chaud et au froid. Technique de l'épreuve du bain chaud et du bain froid, et son application aux artères souples et aux artères indurées* (*Archives des Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, tome XXV, n° 10, Octobre 1932). — B., L., M. et B., après avoir précisé la technique de l'épreuve, exposent les variations tensionnelles réactionnelles qu'elle provoque chez des sujets à artères souples, normales. Ils ont étudié les réactions artérielles provoquées par l'épreuve sur 24 sujets ayant des artères sinueuses et dures, pour se rendre compte de l'influence de l'artérite.

A *l'état normal*, la chaleur abaisse plus ou moins fortement la tension diastolique, augmente l'amplitude pulsatile des grosses artères, provoque un relâchement des réseaux artério-capillaires. Le froid au contraire contracte tout l'arbre artério-capillaire, d'où élévation de la tension diastolique et diminution de l'amplitude artérielle aux contre-pressions immédiatement supérieures à la minima.

Il y a lieu de considérer comme *réaction pathologique* au froid et à la chaleur:

1° Pour les variations de la Mn: *a*) une augmentation durable et progressive de la minima sous l'action de la chaleur; *b*) un abaissement durable et progressif de la minima sous l'action du froid.

2° Pour les variations de l'amplitude pulsatile: *a*) une augmentation sous l'action du froid de l'amplitude pulsatile à toutes les contre-pressions et principalement aux pressions immédiatement supérieures à la minima, alors que la minima n'a pas changé; *b*) une diminution sous l'action de la chaleur de l'amplitude pulsatile principalement aux pressions immédiatement supérieures à la minima, quelles que soient les modifications de cette dernière.

Dans ces cas, en effet, le froid dilate et le chaud contracte la paroi des grosses artères et de leurs arborisations terminales.

Chez un même malade, les réactions sont rarement inversées aux deux modes. Le plus souvent, et il en est ainsi pour deux cas d'artérite relatés, la réaction n'est inversée qu'à un seul mode, généralement pour le froid, de telle sorte que le chaud et le froid sont tous deux vaso-dilatateurs. Jamais n'a été observée de réaction paradoxale, c'est-à-dire de vaso-constriction à la fois au chaud et au froid.

Dans un cas de causalgie post-traumatique avec réaction paradoxale vaso-dilatatrice à tous les modes, les réactions de la minima se faisant normalement, cas observé avec Alajouanine, huit jours après une sympathectomie péri-artérielle, les réactions au chaud et au froid étaient devenues normales pour les artères, l'opération ayant donc supprimé le dysfonctionnement d'un des deux systèmes.

Ces épreuves permettent donc de mettre en évidence des troubles fonctionnels sur telle ou telle partie de l'arbre artériel et l'action prépondérante du processus lésionnel sur tel ou tel constituant de la tunique. Mais il n'existe aucun rapport quantitatif entre l'altération pariétale vasculaire et les troubles fonctionnels artériels, le rapport étant seulement qualitatif. Il est impossible de faire de l'épreuve des bains une méthode capable de dépister une altération anatomique naissante des artères.

L. Rivet.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

Mallet-Guy et Peycelon. *Documents pour l'étude chirurgicale des grandes hémorragies gastriques par ulcère* (*Journal de Chirurgie*, tome XL, n° 6, Décembre 1932). — Ces documents sont 12 observations de la clinique du professeur Bérard, à Lyon. Les grandes hémorragies sont dues: 8 à des ulcères chroniques (4 pyloriques, 1 double pylorique et duodénal, 1 duodénal, 2 de la petite courbure); 2 à des gastrites sans ulcère; 2 à des lésions *a minima*, très localisées, invisibles au cours de l'opération dans un cas, décelables seulement dans l'autre par un examen soigneux à l'autopsie.

11 opérations ont donné 11 succès immédiats et dans un seul cas, un ulcère peptique mortel un an après. L'opération est donc justifiée; son moment est le point délicat et discuté. A ce point de vue, les observations se répartissent ainsi: 4 opérations préventives d'une récidive faite de trois à dix jours après l'arrêt de la grande hémorragie initiale; 3 opérations au 8e, 25e, 27e jour, en pleine hémorragie récidivée; 4 opérations du premier au quatrième jour d'une hémorragie persistante.

M.-G. et P. rappellent l'évolution de la thérapeutique chirurgicale de l'inondation péritonéale et, sans conclure par analogie à l'intervention immédiate, ils s'appuient sur leurs heureux résultats pour montrer que, dès le début, l'hémorragie gastrique est justiciable de la surveillance chirurgicale, l'action étant indiquée dès qu'il est permis de douter du succès du traitement médical.

L'intervention décidée a été quelquefois précédée d'une transfusion de 200 à 400 cmc, qui, dans un cas, n'a pas eu le rôle hémostatique espéré.

Les opérations d'exérèse s'imposent en principe. M.-G. et P. ont fait une pylorectomie d'emblée pour gastrite hémorragique. En cas d'ulcère de la petite courbure, comme il est de règle, ils ont fait une fois l'excision simple et une fois la gastrectomie, l'excision, complétée par une gastro-entérostomie au bouton, constituant l'intervention la moins choquante à conseiller.

La gastro-entérostomie, précoce, préparant une résection ultérieure probable, leur a paru cependant devoir être exécutée dans 4 cas d'hématémèses rouges provenant d'ulcères non sténosants de la région pylorique. Associée aux ligatures artérielles, elle a constitué encore l'opération nécessaire dans un cas d'ulcère du duodénum, suivie d'ailleurs, un an après, d'ulcère peptique avec fistule gastro-jéjuno-colique dont l'opération fut mortelle.

En somme, l'hémorragie précipite l'acte, mais on

le voit, ce sont les règles mêmes de la chirurgie de l'ulcère qui dominent le traitement d'urgence de sa complication hémorragique.

P. GRISEL.

JOURNAL DE RADIOLOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

Solomon et Gibert. ***La rœntgenthérapie du squirrhe du sein*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XVI, n° 11, Novembre 1932). — Si de nombreux travaux concernent la radiothérapie du cancer du sein, en général, peu d'entre eux ont été consacrés au squirrhe. Cependant, dès 1926, Solomon pensait qu'en raison des mauvais résultats fournis par l'exérèse du squirrhe chez les femmes âgées et des dangers de l'évolution néoplasique consécutive à l'intervention, la rœntgenthérapie pouvait constituer un traitement de choix.

Si les chirurgiens conseillent en général l'abstention, il n'existe pas encore, au sujet du squirrhe, de doctrine rœntgenthérapique définie; c'est pourquoi S. et G. rapportent les résultats de leur expérience qui porte actuellement sur 50 cas.

Velpeau a décrit trois variétés de squirrhe : 1° *le squirrhe en cuirasse*, très peu radiosensible; 2° *le squirrhe pustuleux disséminé* qui, s'il est moins radiorésistant que le précédent et permet d'obtenir parfois des améliorations temporaires même très importantes, ne permet cependant pas d'obtenir des résultats durables; 3° *le squirrhe atrophique*, le plus commun, comme le plus favorable aux radiations, représente la majorité des cas traités par S. et G. qui ne l'ont rencontré que chez la femme.

D'évolution très lente, c'est en général l'apparition d'une ulcération qui conduit la malade à consulter. Aussi, S. et G. n'ont-ils guère traité que des tumeurs ouvertes dont ils ont vu les ulcérations « se combler progressivement pour arriver à une cicatrisation totale, au moins temporaire ». En effet, la « guérison durable est exceptionnelle; la récidive, plus ou moins tardive, est la règle », locale ou plus ou moins distante de la lésion primitive par perméation.

Technique: Dose totale très étalée; séries d'irradiations renouvelées après intervalles judicieux de repos. 200 kv, filtration de 0,5 à 1 mm. Cu + 1 mm. Al ou 1 cm. de bois; 500 R par jour ou 800 à 1.000 R en 3 séances par semaine, dose par série 3.500 à 4.000 R; 2 mois de repos entre les deux premières séries, 3 mois entre la deuxième et la troisième (en cas de récidive ou de résultat insuffisant).

S. et G. ont pu atteindre, en plusieurs années il est vrai, des doses énormes pouvant atteindre 20.000 R, sans autre lésion que des télangiectasies et sans avoir jamais constaté de radio-lésions du tissu pulmonaire sous-jacent.

S. et G. concluent que « la rœntgenthérapie constitue actuellement la méthode thérapeutique de choix dans le traitement des squirrhes du sein »; seulement palliative le plus souvent, elle est particulièrement efficace, « rend aux malades leur tranquillité morale et leur assure une guérison apparente durant souvent plusieurs années ».

MOREL KAHN.

LYON CHIRURGICAL

F. Albert. ***Les oblitérations artérielles*** (*Lyon Chirurgical*, tome XXIX, n° 6, Novembre-Décembre 1932). — Dans une première partie, analysée ici même (Août 1932), A. avait établi l'action vaso-constrictrice de la ligature de la veine satellite, compensatrice de la vaso-dilatation due à la ligature de l'artère. Cette seconde partie étudie les effets expérimentaux de cette ligature artérielle chez le chien anesthésié au chloralosan et pourvu des trois manomètres du dispositif de Nols. Les conclusions elles-mêmes ne peuvent être que résumées:

La vaso-dilatation périphérique, produite par l'obturation de l'artère, n'est pas due à l'action hypotensive des sinus carotidiens excités par l'augmentation de la pression centrale correspondante. Elle ne résulte pas d'une excitation de la paroi vasculaire au lieu de l'obturation. Elle est indépendante de la plus grande partie du système nerveux, mais elle est atténuée par l'anesthésie de la chaîne ganglionnaire sympathique; elle est donc produite par une action purement locale à laquelle s'associe un réflexe axonique dans le système des fibres sympathiques post-ganglionnaires, réflexe utile à la diffusion, mais non indispensable à la production du phénomène.

Concordant avec les travaux de Krog et de Lewis, les expériences conduisent à rechercher cette cause première de l'action vaso-motrice dans des modifications physico-chimiques du sang périphérique et des liquides interstitiels, dues à la ligature, et agissant sur les petits vaisseaux et les capillaires, soit directement, soit par l'intermédiaire des terminaisons sympathiques ou par le mécanisme de réflexes axoniques.

A. a cherché la présence de ces modifications physico-chimiques dans le sang veineux de membres atteints de troubles physiopathiques post-traumatiques accentués. Ce sang a présenté des caractères variant comme les lésions. L'injection de son ultrafiltrat a semblé démontrer la présence de produits vaso-dilatateurs dont l'accumulation à la périphérie serait ainsi capable de maintenir certaines réactions vaso-motrices une fois amorcées.

Une simple compression vasculaire passagère, veineuse ou artérielle, suivant la modification à apporter, se trouve ainsi indiquée et a déjà été utilement employée après qu'un examen eut permis de déterminer le siège de l'oblitération artérielle, soit à la racine, soit à la périphérie du membre.

P. GRISEL.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

F. Naville et G. de Morsier (Genève). ***L'action des électrocutions industrielles sur le système nerveux*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 309, 20 Novembre 1932). — Les électrocutions industrielles deviennent de plus en plus fréquentes et se comptent par milliers chaque année; les séquelles nerveuses durables consécutives à ces accidents sont très rares. Sur 300 cas d'électrocutions industrielles, les séquelles neurologiques d'une durée de quelques semaines étaient peu fréquentes et on n'a relevé aucune séquelle neurologique organique résiduelle grave.

En se bornant aux électrocutions industrielles et en éliminant les symptômes qui peuvent être expliqués par une autre cause, tel un traumatisme accessoire ou par un état antérieur, on peut observer à la suite des électrocutions des accidents nerveux initiaux ou éloignés et durables.

Les troubles initiaux consistent en perte de connaissance immédiate qui est loin d'être constante; on la trouve dans 1/3 des cas avec les courants de basse tension, et alors il s'agit de syncope brève ne durant que quelques secondes, sans amnésie rétrograde. Avec les courants de haute tension, les pertes de connaissance durent plusieurs heures et peuvent être suivies d'une obnubilation durant quelques jours, avec trouble du rythme cardiaque, céphalée, état confusionnel, etc.

Les convulsions sont très rares et de courte durée et seulement dans les accidents par basse tension.

Presque constamment on observe une faiblesse musculaire transitoire, quelquefois avec engourdissement, tremblements, paralysie ou crampes aux endroits où le courant électrique a passé avec l'intensité la plus forte. Ces troubles périphériques guérissent complètement et rapidement dans la majorité des cas. On peut encore observer des brûlures. En général, les lésions craniennes, même les plus importantes, si elles ne sont pas immédiatement mortelles, évoluent sans symptômes cérébraux. Cependant, on peut observer un syndrome cérébral diffus et tardif.

Les syndromes éloignés et résiduels sont très rares. On connaît 2 cas d'hémiplégie, quelques syndromes extra-pyramidaux, quelques cas de maladie de Parkinson provoqués par des courants n'ayant pas touché la tête.

On a signalé des symptômes oculaires: névrites optiques, œdème papillaire, syndrome de Claude Bernard-Horner, hémorragies rétiniennes, cataracte, etc. Les névrites périphériques sont très rares. On a observé des troubles trophiques à topographie dimidiée.

Il existe des paraplégies spastiques durables, s'installant quelques jours après l'électrocution, dues probablement à des myélites toxiques par brûlures, des syndromes médullaires diffus évoluant vers la guérison, des atrophies musculaires lentement progressives.

L'électrocution ne joue aucun rôle étiologique dans la sclérose en plaques, l'épilepsie chronique et les psychoses contrairement à ce qu'on a pu affirmer.

ROBERT CLÉMENT.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin, Vienne et Munich)

P. Stöhr jr. ***Observations sur les nerfs de l'estomac chez l'homme et leurs altérations dans l'ulcère chronique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 29, 16 Juillet 1932). — S. a cherché à préciser la disposition des terminaisons du système nerveux dans l'estomac normal et à vérifier du point de vue microscopique l'existence de la dysharmonie du système végétatif invoquée par Bergmann comme cause de l'ulcère gastrique. Il a pratiqué une étude histologique très poussée des voies de conduction dans la sous-muqueuse, qu'il a décrites sous le nom de travées plasmatiques (plasmastränge), et des éléments nerveux terminaux qui entourent chaque cellule en lui envoyant un minuscule rameau intra-plasmatique. L'examen des plexus de Meissner et d'Auerbach dans 18 cas d'ulcère chronique lui a montré que si l'on trouve fréquemment des phénomènes de dégénérescence dans un très grand nombre de ganglions nerveux, il n'existe que très rarement des lésions pathologiques des cylindraxes. S. pense donc que les fibres nerveuses fines, grâce à leur situation intra-protoplasmique et à leur constitution, dégénèrent très lentement ou peut-être même restent intactes après de graves altérations des ganglions nerveux. L'examen microscopique ne permet pas à lui seul de déterminer si l'ulcère de l'estomac entraîne la dégénérescence du système nerveux ou s'il succède à une altération primitive de celui-ci.

A. RAVINA.

Gunter K. F. Schultze. ***Le cycle musculaire de l'utérus humain*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 47, 19 Novembre 1932). — Parmi les diverses méthodes qui permettent d'étudier les réactions de l'utérus humain, S. a adopté celle qui consiste à injecter, dans la cavité, une substance opaque pour les rayons Rœntgen et à examiner les phénomènes qui se passent sur l'écran en mesurant les pressions observées.

On constate ainsi que cet organe se laisse dila-

ter. On peut, par exemple, injecter 1/2 cmc de la substance et faire ainsi monter appréciablement la pression. Celle-ci s'abaisse ensuite très rapidement pour remonter de nouveau si on injecte une nouvelle quantité du produit opaque et ainsi de suite. En inscrivant la courbe ainsi obtenue, on constate des oscillations très marquées. En outre, il y a un intérêt considérable à comparer la courbe des maxima constatés aussitôt après l'injection et celle des minima constatés quand l'utérus s'est adapté à son contenu. La différence entre les deux courbes représente la dilatabilité de la cavité utérine. Ces deux courbes ne sont d'ailleurs pas parallèles. D'abord, à l'origine, l'écart entre elles peut être plus ou moins grand. Après injection la pression revient au 0 pour des quantités allant jusqu'à 4 cmc, alors que la capacité de l'utérus n'atteignait au début que 1 cm 7. Avec ces injections répétées, on arrive ainsi à doubler la capacité de l'utérus.

La courbe des minima et celle des maxima finissent d'ailleurs par se rapprocher, montrant que l'utérus ne s'adapte plus par dilatation aux quantités injectées.

Le cycle menstruel a une influence importante sur ces phénomènes. D'abord, dans l'intermenstruum, la cavité, telle qu'elle se voit après injection, dessine bien ses 3 segments: les deux cornes et le corps. Immédiatement avant les règles, la cavité est devenue beaucoup plus volumineuse et les cornes sont moins marquées. En même temps, on constate que la dilatabilité est beaucoup plus grande. La pression intra-utérine revient au 0 même si on a injecté plusieurs centimètres cubes. Il est vraisemblable que cette modification fonctionnelle est en rapport avec le développement du corps jaune et avec l'augmentation de longueur des cellules musculaires qui ont été constatés.

P.-E. Morhardt.

W. Moraczewski, St. Grzycki et **E. Hamerski.** ***La série de Hofmeister et la diurèse*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 47, 19 Novembre 1932). — M., G. et H. ont été amenés à étudier les effets des anions sur les échanges aqueux et minéraux en prenant pour base la série de Hofmeister. On sait qu'à une extrémité de cette série figurent les sulfates et, à l'autre, les rhodanates, les iodures occupant une situation intermédiaire. C'est à ces trois types d'anions que se sont adressés les auteurs. Après avoir soumis un chien de 20 kilogr. à un régime constant comprenant de l'eau, soit en grande quantité (1.800 cmc), soit en petite quantité (régime sec), ils lui ont administré 5 gr. de sulfate de soude. Cette substance n'a provoqué aucune modification dans la production de l'urine. La quantité de chlorure urinaire est restée normale. La même expérience n'a pas donné non plus d'effet marqué quand il s'agissait du régime sec.

Avec les rhodanates de soude dont il a été administré également 5 gr. après un régime constant accompagné d'une grande quantité de liquide, on a constaté une augmentation des chlorures urinaires. En même temps, les ions d'hydrogène de l'urine ont diminué ainsi que l'azote, l'ammoniaque et l'acidité titrable. Le fait le plus remarquable a été une diminution nette de l'acide urique. La créatinine par contre ni le phosphore n'ont été modifiés. Dans le sang, on trouve, surtout avec le régime sec, une hydratation en même temps qu'une diminution du chlore. Les rhodanates conserveraient leur pouvoir d'imbibition dans l'organisme où ils persisteraient longtemps en déplaçant les chlorures des tissus et probablement aussi ceux du sang. En tout cas, les rhodanates sont retrouvés dans l'urine, des semaines après leur administration.

Avec l'iodure de potassium, on a constaté des effets assez analogues à ceux qui s'observent avec les sulfates. Il y a cependant, en général, acidification de l'urine et le chlore urinaire n'est pas augmenté.

En somme, les rhodanates provoquent une rétention d'eau et déplacent les chlorures dont ils augmentent l'élimination.

P.-E. Morhardt.

Walter Büngeler. ***Provocation expérimentale de leucémie, de myélose aleucémique, de lymphadénose et de lymphosarcome*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 48, 26 Novembre 1932). — On sait que Fischer-Wasels a proposé une théorie de la régénération pour expliquer la genèse des tumeurs. Ces processus régénératifs supposent un état de disposition générale et, par conséquent, une modification du métabolisme des organes caractérisée surtout par une diminution de la respiration des tissus et par une augmentation de la fermentation, phénomènes qui peuvent être produits par le goudron et l'arsenic.

Dans ces conditions, il y avait lieu de se demander si certains produits du métabolisme des albumines ne peuvent pas déterminer des modifications analogues du métabolisme. B. a songé pour cela à l'indol. Il a été ainsi constaté que l'administration continue de cette substance diminue la respiration tissulaire tandis que la glycolyse anaérobie augmente. Ce sont là des phénomènes qui précisément caractérisent la disposition aux tumeurs. De plus, la disposition morphologique des tissus hématopoïétiques est modifiée. Il apparaît, chez les animaux qui ne meurent pas d'intoxication générale, une anémie hémolytique, de la leucopénie avec des hémorragies et des nécroses dans la moelle osseuse et une splénomégalie avec hyperémie. Au bout de quatre à sept mois de traitement, si on a réduit entre temps la quantité d'indol administré, on constate des phénomènes de régénération dans la moelle osseuse, dans la rate et dans le foie.

Sur 594 animaux, il en subsistait encore 97 au bout de deux mois. Chez 4 d'entre eux, on a constaté une lymphadénose aleucémique dont 3 de type ordinaire et une de type du lymphosarcome avec tous les signes de la tumeur maligne vraie. Chez 13 animaux, il a été observé le développement d'une myélose; il y avait 4 fois leucémie myéloïde et 9 fois myélose aleucémique. Ainsi, parmi les animaux ayant supporté le traitement, il a été observé 17,5 pour 100 d'affections de ce genre. La proportion augmente avec la durée du traitement puisque sur 10 souris qui ont supporté le traitement pendant trente-deux mois, il a été observé 3 myéloses. Or, les proportions de lymphadénose ou de myélose qui surviennent spontanément, par exemple à l'Institut de Maud Slye, s'élèvent à 1,4 pour 100. Heidenhain en a observé 0,4 pour 100; Krebs, Rask-Nielsen et Wagner 0,58 pour 100. Ces derniers auteurs en ont observé chez les souris irradiées une proportion de 3,4 pour 100.

On est donc amené à admettre que chez les sujets traités d'une façon chronique par l'indol, il apparaît une disposition générale aux tumeurs. En outre, les myéloses et les lymphadénoses doivent être considérées comme des tumeurs vraies des organes hématopoïétiques conformément aux conceptions de Ribbert et Banti.

P.-E. Morhardt.

Hans Lucke. ***Maigreur hypophysaire et insuline*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 48, 26 Novembre 1932). — L'administration d'insuline qui a de bons résultats dans un certain nombre de cas de maigreur en augmentant la sensation de faim donne cependant lieu à des insuccès. Il existe, en effet, des cas de maigreur chez lesquels l'insuline est mal supportée. Ce fait s'observe surtout en cas de perte de poids survenue à la suite de la fièvre typhoïde, d'un post-partum fébrile, etc. Il s'agit d'ailleurs, d'après L., de formes qui rappellent la cachexie hypophysaire et qui doivent effectivement être rattachées à un trouble hypophysaire. Les malades de ce genre réagissent bien sous l'influence d'un extrait de lobe antérieur de l'hypophyse.

Chez une femme de 1 m. 67 et de 55 kilogr., il est survenu, après un avortement suivi de fièvre, une perte de poids progressive. L'insuline, qui fut utilisée d'abord, a provoqué du tremblement, des bouffées de chaleur, des sueurs froides et dut être interrompue. Au contraire, une préparation de lobe antérieur de l'hypophyse (préphysin) fit reprendre en dix-huit mois.

Il n'est pas douteux que dans ce cas, les phénomènes observés sous l'influence de l'insuline sont d'origine hypoglycémique. D'ailleurs, dans la maigreur hypophysaire, la glycémie à jeun est basse. Dans le cas particulier, elle s'élevait à 84 mm. pour 100 gr.

P.-E. Morhardt.

Doris Mosheim. ***Intoxication par le manganèse chez les ouvriers de l'industrie qui utilisent le manganèse*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 48, 26 Novembre 1932). — L'intoxication par le manganèse a déjà été observée par Couper il y a près d'un siècle. Il a été observé, alors, une modification de la mimique, une voix monotone, de la sialorrhée, une tenue penchée, des paraplégies, etc.

M. a eu l'occasion d'observer 3 ouvriers provenant d'une fabrique de batteries pour lampes de poche et d'éléments pour l'industrie dans laquelle on utilise du manganèse. Chez le premier sujet, âgé de 31 ans, il a été constaté de la faiblesse générale au début de 1929, puis des douleurs et une sensation de tension dans la jambe gauche; ultérieurement, il est survenu du tremblement, de la somnolence, de la sialorrhée. A l'examen, on constate que la mimique est très réduite et que le parler est monotone. En marchant, le malade donne à ses pieds une position varus-equine, et se met à faire des pas très petits. Les bras ne présentent pas de mouvements pendulaires.

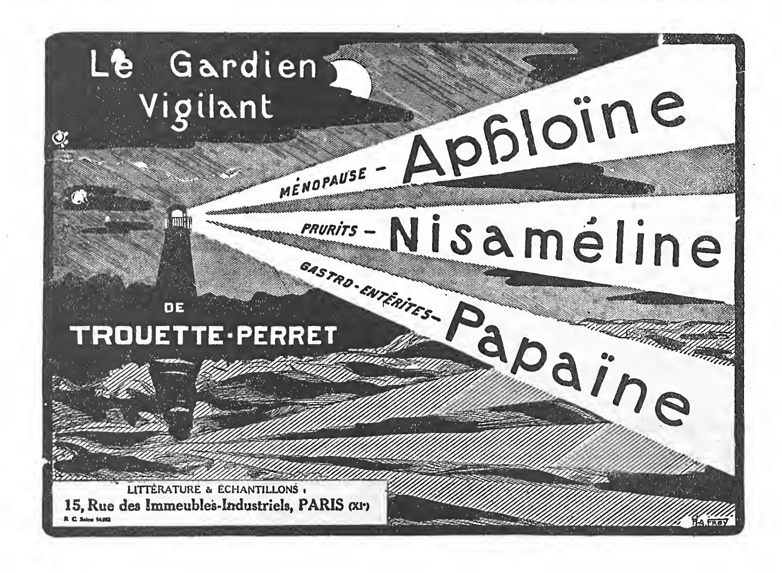
Dans ce cas, les symptômes sont tout à fait typiques. Il y aurait lieu de faire le diagnostic avec le parkinsonisme encéphalitique. Mais ce diagnostic peut être éliminé d'autant plus que les troubles ont débuté avec l'intoxication. Les lésions de ce malade étaient irréversibles, car, après l'abandon du travail, elles se sont aggravées.

Dans le second cas, les symptômes sont moins caractéristiques et la syphilis intervient. Néanmoins, le diagnostic n'est pas douteux. Dans le troisième cas, le diagnostic également est très net et on a pu trouver du manganèse dans l'urine.

P.-E. Morhardt.

E. Frank, Liese Auerbach et **Erna Stanner.** ***Détermination du volume du sang par la combinaison des méthodes par inhalation et par matières colorantes*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 48, 26 Novembre 1932). — La méthode de mesure du volume du sang fondée sur l'inhalation donne des chiffres nettement plus petits que celle qui utilise la matière colorante. La différence est en moyenne un peu supérieure à un litre. Mais il y a lieu d'admettre que la méthode des colorants donne surtout le volume du plasma tandis que la méthode de CO donne le volume des érythrocytes. Avec ces deux méthodes, F., A. et S. n'ont d'ailleurs observé aucun inconvénient chez les sujets d'expérience ou chez les malades.

Chez 13 sujets normaux, il a été trouvé, par la méthode du CO seule, 61,16 cmc de sang par kilogramme de poids du corps alors que les chiffres des autres auteurs varient de 53,2 à 58,09. Le volume des érythrocytes a été mesuré dans 21 cas et il a été trouvé 29,44 cmc par kilogramme de



Le Gardien
Vigilant
MÉNOPAUSE - Apßloïne
PRURITS - Nisaméline
GASTRO-ENTÉRITES- Papaïne
DE
TROUETTE-PERRET
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :
15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XI°)

poids du corps, ce qui correspond bien aux constatations des auteurs américains (30.91 cmc).

La méthode du rouge Congo a donné des chiffres en moyenne de 21 pour 100 supérieurs à ceux donnés par CO. En associant les deux méthodes, on est arrivé aux résultats suivants. Le volume du plasma s'élève à 41,47 cmc par kilogramme de poids du corps et celui des érythrocytes à 30,41, le volume total étant égal à 72 cmc. Au total, le volume du sang pour un homme de 70 kilogr. s'élèverait à 5,4 litres.

Ces méthodes ont été appliquées dans 4 cas de polycythémie sans hypertension, mais avec splénomégalie. La méthode du rouge Congo a donné, dans un cas, 142 cmc et dans un autre 208 cmc par kilogramme de poids du corps. Avec la méthode au CO, les chiffres sont considérablement plus bas, de telle sorte que les différences entre les méthodes varient de 2 à 3,8 litres. Il est vraisemblable que les méthodes combinées permettent encore une appréciation plus exacte. Quoi qu'il en soit, les chiffres sont de 60 à 100 pour 100 supérieurs à la normale.

Dans un autre des cas examinés, on a trouvé, au contraire, 6,3 litres avec la méthode au CO et 2,6 litres par la méthode au rouge Congo. Avec cette dernière méthode, il n'y aurait donc que 14,2 cmc de plasma par kilogramme, valeur qui n'est pas vraisemblable bien que dans la polycythémie, le volume du plasma doive être considéré comme diminué. C'est alors la méthode de CO qui donne les résultats les plus vraisemblables. Quoi qu'il en soit, dans cette maladie, le volume du sang est certainement augmenté, mais surtout par l'augmentation de la masse d'hémoglobine tandis que le plasma conserve son volume normal ou diminue. P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV FUR KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Reinhard Aschenbrenner. ***Excrétion rénale et extra-rénale du chlore chez les cardiaques sous l'influence du salyrgan*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXIV, n° 2, 22 Octobre 1932). — A. a étudié le bilan de NaCl chez une série de cardiaques. Il a constaté ainsi qu'avec un régime de lait et de fruits, la consommation de chlorure de sodium s'élève à 1 gr. 57 et qu'avec un régime de légumes et de fruits elle s'élève à 0 gr. 30 par jour.

Sous l'influence de l'administration de salyrgan chez des cardiaques assez gravement atteints, l'élimination de chlorure de sodium s'est élevée pendant vingt-quatre heures à 29 gr. 4 et au total à 54 gr. 7 pendant une cure de vingt-six jours au cours de laquelle il fut administré de la strophantine et tous les 2 ou 3 jours un régime de lait et de fruits. L'excrétion d'eau par la peau joue souvent un rôle important dans l'élimination des œdèmes cardiaques. Cette élimination extrarénale est parfois augmentée chez les hydropiques. Parfois aussi, elle est assez marquée alors que la diurèse est faible ou inversement. Il y aurait donc des malades de type diurétique et des malades de type diaphorétique. Dans quelques cas, l'excrétion cutanée est absente et les mains, au lieu d'être humides, sont sèches; parfois même, comme l'a montré Zak, cette excrétion cutanée atteint une valeur négative et alors, au lieu d'une perte de poids, on constate une augmentation par résorption d'eau. En tout cas, chez les cardiaques dont l'insuffisance dure depuis longtemps et qui présentent un foie de stase induré, l'élimination d'eau extrarénale est très réduite. Chez un malade, l'administration de salyrgan fit, à un certain moment, éliminer 2.400 gr. d'eau par la peau puis, un peu plus tard, alors que l'état s'était aggravé, cette élimination n'a plus atteint que 500 et même 240 gr.

En utilisant la méthode de Schwenkenbecher pour doser le chlorure de sodium éliminé par la peau, A. est arrivé aux constatations suivantes. Chez les malades chroniques, à foie induré, l'élimination extra-rénale de chlorure de sodium est inférieure à la normale et varie de 0,27 à 0 gr. 40 par jour. Dans le second groupe de malades, au contraire, les chiffres obtenus dépassent la normale. Dans un cas, il s'agit d'un malade qui, à un certain moment, rentrait dans ce second groupe mais qui, sous l'influence d'un traitement, a passé, lors d'un examen ultérieur, dans le premier groupe.

Cliniquement, l'augmentation de l'excrétion cutanée du chlorure de sodium que provoque le salyrgan ne joue aucun rôle. Le calcul montre d'ailleurs que la concentration de chlorure de sodium dans la sueur doit être, en moyenne, de 0,08 pour 100, ce qui fait un chiffre très faible pour 2 litres de sueur, maximum de ce qu'il est possible d'obtenir. P.-E. Morhardt.

Hans v. Kress. ***La question de l'innervation des glandes sudoripares*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXIV, n° 2, 22 Octobre 1932). — On admet, en général, que les glandes sudoripares sont excitées par le sympathique et inhibées par le parasympathique. Mais la pilocarpine excite tandis que l'atropine inhibe la sécrétion sudorale. K. fait remarquer à ce sujet que l'hyperhydrose des extrémités ne s'accompagne pas d'une sensibilité particulière de l'ensemble des glandes sudoripares, que la transpiration des aisselles doit relever de causes autres que celles du tronc et de la tête et que l'irrigation de la peau et les échanges aqueux et minéraux jouent un rôle.

K. a étudié un homme de 49 ans qui, depuis quatre ans, présentait des bourdonnements d'oreille et des sueurs de la moitié gauche du visage et du cou, particulièrement gênantes quand le malade consommait des mets préparés avec du vinaigre.

Chez ce malade, la mastication de gomme ne provoque pas de transpiration, pas plus que le fait de badigeonner la langue et le palais avec du vinaigre ou d'autres acides. L'administration d'eau vinaigrée par la sonde gastrique provoque l'apparition, après une période de latence de 5 minutes, d'une sueur localisée au côté gauche du visage. Les autres acides n'ont pas d'effet.

Le malade n'a pas eu d'affection de la parotide. On ne saurait donc invoquer une lésion des nerfs qui traversent cette glande. Il n'y a pas non plus de raison d'admettre l'existence d'un foyer pathologique dans la moelle ou dans le cerveau ou des lésions des nerfs périphériques.

La pilocarpine, à la dose de 2 centigr., fait apparaître les sueurs en 4 minutes du côté gauche et en 6 minutes du côté droit puis sur tout le corps. L'adrénaline est sans effet. La choline a les mêmes effets que la pilocarpine. La nitroglycérine qui fait rougir le visage ne fait pas apparaître de sueurs. L'atropine, donnée d'une façon systématique, empêche les sueurs d'apparaître pendant les repas.

Les anastomoses extrêmement nombreuses qui existent entre les ganglions cervicaux du sympathique et les nerfs contenant des fibres parasympathiques empêchent d'admettre, pour expliquer des phénomènes de ce genre, des lésions qui frapperaient exclusivement des nerfs sympathiques. Dans cette région, les fibres sympathiques et parasympathiques doivent être simultanément irritées ou paralysées. C'est ce qui explique que la destruction du sympathique cervical ait pu empêcher les effets de la pilocarpine d'apparaître. Il n'est pas vraisemblable non plus qu'en excitant électriquement le sympathique cervical, on obtienne des effets sympathiques purs. Ainsi, l'expérimentation n'a pas beaucoup de signification et il faut admettre, en conclusion, que c'est le parasympathique qui excite les glandes sudoripares comme les glandes gastriques. P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Frei. ***La spécificité de la réaction du lymphogranulome inguinal*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 44, 29 Octobre 1932). — Se basant sur des examens pratiqués sur plus de 100 malades, F. est arivé à la conclusion que l'antigène qu'il a préparé avec le contenu stérilisé de bubons de granulomatose inguinale a une valeur hautement spécifique. Chez des malades où elle semblait en défaut, l'examen clinique attentif a permis de retrouver des traces d'une lymphogranulomatose ancienne. Cette spécificité a d'ailleurs été confirmée par de nombreux auteurs.

F. ajoute qu'il est indispensable de se conformer strictement à la technique de préparation qu'il a indiquée; les cas négatifs qui ont été signalés sont dus souvent à une erreur de technique; il ne faut pas considérer d'autre part comme positives les réactions qui apparaissent sous forme d'une plaque rouge le lendemain de l'inoculation; il faut obtenir un nodule inflammatoire qui apparaît seulement le deuxième jour ou même les jours suivants.

F. discute la valeur des 3 cas lyonnais dans lesquels sa réaction aurait été mise en défaut. Dans le cas de Gaté et Giraud, F. pense que sa réaction a bien été spécifique et qu'il ne s'agit pas simplement d'une syphilis, mais d'une infection mixte, granulomatose plus syphilis.

Dans le cas de Gaté et Charpie, F. estime qu'il ne s'agit pas de sa réaction, car la plaque inflammatoire est apparue au bout de vingt-quatre heures.

Dans le cas de Nicolas, Lebeuf et Rougier, F. pense que la malade n'avait pas un bubon tuberculeux pur, mais une infection mixte granulomato-tuberculeuse, et que, dans ces cas, sa réaction est positive.

Comme les autres variétés d'allergie, l'allergie lymphogranulomateuse n'englobe pas tous les malades atteints actuellement ou autrefois de la maladie; il y a des exceptions. Ces exceptions sont extrêmement rares dans les cas de lymphogranulome non compliqué en activité, mais elles deviennent d'autant plus fréquentes que la maladie est plus ancienne. Une réaction négative ne signifie donc pas que le malade *n'est pas* ou *n'a pas été atteint* de lymphogranulome. Ceci explique les cas très rares où la réaction fut trouvée négative dans l'éléphantiasis génito-anorectal (esthiomène, rétrécissement inflammatoire du rectum). R. Burnier.

Benedek. ***Essais de culture de bacilles tuberculeux dans le sang circulant dans la tuberculose cutanée*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 46, 12 Novembre 1932). — On sait que Kren et Löwenstein ont déclaré avoir trouvé 38 fois sur 51 le bacille tuberculeux dans le sang circulant de malades atteints de diverses formes de tuberculose cutanée. Mais les recherches ultérieures de Kallos, Cohn, Engel, Kadisch, Koch, Lang, Saegler, Schwarzkopf, Grimm, portant sur un ensemble de 198 cas, donnèrent toujours un résultat négatif.

B. a recherché, par les méthodes de Keil et de Löwenstein, le bacille de Koch à la fois dans le sang circulant et dans le tissu tuberculeux de 4 lupus tuberculeux, d'une tuberculide et de 2 lupus érythémateux. Seul un cas de lupus tuberculeux donna un résultat positif dans la septième semaine. Un nouvel essai quelques semaines plus tard fut négatif.

B. a constaté des différences sensibles entre les bacilles du sang et de la peau. Alors que ceux de la peau poussent avec vigueur, ceux du sang se développent plus difficilement. La première culture ultérieure ne poussa que très lentement et

se composa pour une faible partie de bâtonnets alcoolo et acido-résistants (comme la culture initiale), mais surtout de bâtonnets acido et alcoolo-labiles ou mêmes négatifs, de bâtonnets coccoïdes et de formes libres coccoïdes. L'essai de culture en deuxième passage échoua complètement.

R. Burnier.

Sellei. *Contribution au traitement de l'acné* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 47, 19 Novembre 1932). — L'acné est une affection polymorphe qui apparaît toujours sur des régions identiques du corps (visage, tronc, dos); elle commence à la puberté avec le développement des glandes génitales, et disparaît souvent à 25-32 ans; elle peut subir des poussées lors de la menstruation et à la ménopause. L'acné juvénile n'existe pas sans séborrhée. Tels sont les 3 faits principaux de l'histoire de l'acné.

D'autres facteurs accessoires peuvent intervenir: l'hérédité, les troubles gastro-intestinaux (dyspepsie, constipation, colite), un dysfonctionnement des glandes à sécrétion interne, de la thyroïde en particulier.

Il semble que les formes à petites papules ou pustules siégeant sur le front, chez les jeunes gens anémiques, relèvent plutôt de troubles intestinaux et chez la jeune fille de la dysménorrhée.

Les grosses nodosités de la joue et du menton sont souvent en rapport avec un dysfonctionnement ovarien.

Les petites et grosses nodosités inflammatoires du dos et du thorax s'observent surtout dans la forme intestinale.

L'acné avec grosses nodosités du visage, du menton, du dos est caractéristique de troubles thyroïdiens et intestinaux et aussi dysménorrhéiques.

S. ne croit pas à l'origine tuberculeuse de l'acné soutenue par Ramel.

Comme traitement, S. conseille, dans les cas légers, le régime de Gerson, pauvre en sel et riche en vitamines végétales, le soufre *intus* et *extra*, l'opothérapie thyro-ovarienne et le traitement des troubles gastro-intestinaux.

Dans les formes intenses avec forte séborrhée, on ajoutera aux traitements précédents les rayons ultra-violets et la vitamine D.

R. Burnier.

E. Klein. *Au sujet de l'urticaire par le chaud et le froid* (*Dermatologische Woschenschrift*, t. XCV, n° 49, 3 Décembre 1932). — Dans l'*urticaire thermique*, le froid agit plus souvent que le chaud comme cause déterminante. Dans de nombreux cas, ce n'est pas exactement le chaud ou le froid qui déclenchent l'urticaire, mais bien l'eau chaude ou l'eau froide; aussi dans ces cas pourrait-on parler plutôt d'urticaire par l'eau.

Il faut distinguer cette urticaire thermique de l'*urticaire sudorale* dans laquelle la peau, très sensible à l'acidité, réagit sous forme d'urticaire, quand le pH de la sueur eccrine atteint 3-5; l'urticaire n'apparaît pas dans l'aisselle, où la sueur apocrine est plutôt alcaline.

On a discuté pour savoir si l'urticaire thermique devait être considérée comme une dermatose allergique ou comme une vaso-neurose.

K. a étudié 2 femmes de 27 et de 29 ans, atteintes d'urticaire déclanchée par l'eau froide. Il a constaté que toutes les réactions, qui parlent en faveur d'une allergie, sont négatives.

La transmission passive de l'urticaire à l'oreille du lapin suivant la méthode de Lenner et Rajka échoua; après avoir déterminé chez la femme une urticaire par l'eau froide, on prélève du sang et le sérum est injecté sous la peau de la face interne de l'oreille d'un lapin; l'application d'eau froide sur l'oreille pendant une heure donna un résultat négatif.

D'autre part, K. ne constata aucune éosinophilie, pas de chute leucocytaire après une provocation d'urticaire par l'eau froide; le quotient K-Ca est normal; enfin la crise hémoclasique de Widal est négative.

L'urticaire thermique n'est donc pas une maladie allergique, mais bien une vaso-neurose.

R. Burnier.

ZEITSCHRIFT FUR HALS-, NASEN- UND OHRENHEILKUNDE (Munich)

E. Phleps (Sibiu de Transylvanie). ***Sur les rétrécissements de l'œsophage consécutifs à la scarlatine*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, tome XXXII, fasc. I, 16 Septembre 1932). — On a rarement l'occasion d'observer des complications du côté de l'œsophage dans le décours de la scarlatine. En voici un cas que P. a pu suivre récemment.

Il a trait à une fillette âgée de 6 ans chez qui, au cours d'une forme très grave de scarlatine, on avait noté des ulcérations pharyngées et des adénites suppurées du cou. L'enfant, cependant, avait fini par entrer en convalescence; elle se levait et s'alimentait normalement, lorsque au quarante-neuvième jour de la maladie survinrent brusquement des troubles de la déglutition, notamment des régurgitations alimentaires.

La radioscopie permit de constater que l'œsophage présentait une sténose serrée qui commençait à la hauteur de la bifurcation de la trachée et s'étendait jusqu'au cardia. Comme au bout de cinq mois la dysphagie persistait avec les mêmes caractères, on décida de pratiquer une nouvelle œsophagoscopie sous anesthésie générale. Or, dans ces conditions, le tube se laissa facilement introduire jusqu'à 27 cm. de l'arcade dentaire supérieure, c'est-à-dire jusqu'au voisinage du cardia (il s'agit d'une enfant de 6 ans). A ce niveau on constatait un rétrécissement circonférentiel, marqué par une muqueuse rouge et tuméfiée. Cette sténose n'était perméable qu'à une sonde du calibre de 4 mm.

La conclusion était que l'on se trouvait en présence d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, siégeant au voisinage du cardia. Cette lésion s'accompagnait de phénomènes spasmodiques qui aggravaient singulièrement la dysphagie, au point même de compromettre l'état général de la petite malade.

Il suffit de quelques séances de cathétérisme de l'œsophage pour rendre à cet organe un calibre normal, une sonde de 11 mm. passant aisément. En même temps, les troubles spasmodiques s'amendèrent progressivement; ils finirent par disparaître à peu près complètement au bout de trois mois de traitement.

Francis Munch.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Swartz et Tolman. *Bursopathie syphilitique de Verneuil* (*Archives of dermatology a. syphilology*, tome XXVI, n° 3, Septembre 1932). — L'atteinte des bourses séreuses est relativement rare au cours de la syphilis et en 1931, Garner et Schoch, à propos de 2 cas personnels, ne purent en recueillir que 36 cas. Ce sont surtout les bourses pré-patellaires et sous-patellaires qui sont atteintes, et, plus rarement les bourses séreuses du coude, de l'acromion et des tendons extenseurs des doigts. Les lésions peuvent être uni ou bilatérales; elles sont souvent symétriques et plusieurs bourses peuvent être atteintes, ce qui est rare.

Ces lésions s'observent le plus habituellement dans la syphilis acquise, au cours de la période tertiaire, bien qu'on ait pu observer une bursite syphilitique quelques mois après le chancre. Dans la bursite gommeuse, on note une ulcération unique ou multiple, donnant issue à des masses papillomateuses. D'autres manifestations syphilitiques peuvent exister en même temps. Souvent le malade invoque un traumatisme pour expliquer la localisation de la lésion. La radiographie des jointures est ordinairement négative. La douleur est peu marquée.

S. et T. rapportent 2 cas personnels qu'ils ont observés chez 2 femmes de 56 et 68 ans. Il s'agissait de bursite pré- et sous-patellaire avec ulcération. Le Wassermann était positif, et les lésions guérirent rapidement par l'iodure de potassium et le bismuth.

R. Burnier.

Epstein et Friedlander. *Bursopathie syphilitique de Verneuil* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVI, n° 5, Novembre 1932). — E. et F. rapportent un nouveau cas de bursite syphilitique prépatellaire gauche chez un homme de 42 ans qui ignorait sa syphilis, mais dont le Wassermann était complètement positif. La lésion du genou survint deux ans après une chute sur le genou gauche; un gonflement rougeâtre modérément douloureux apparut au niveau de la bourse prépatellaire, suivi d'une ulcération ayant les caractères des lésions tertiaires. La radiographie du genou fut négative. Sous l'influence d'un traitement bismuthique et ioduré, le gonflement et la douleur disparurent rapidement et les lésions étaient complètement cicatrisées au bout de trois mois.

R. Burnier.

O'Leary et Rogin. *Les arsénobenzènes favorisent-ils l'apparition de la neuro-syphilis ?* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVI, n° 5, Novembre 1932). — L. et R. étudièrent 500 cas de neuro-syphilis dans le service de dermato-syphiligraphie de la clinique Mayo en 1928-1929. Ces cas se répartissaient entre 396 hommes (79 pour 100) et 104 femmes (21 pour 100); cette proportion semblerait montrer que les femmes sont moins sensibles que les hommes aux manifestations tardives de la syphilis.

Sur ces 500 cas, 361 (72 pour 100) n'avaient jamais été traités avant leur entrée à la clinique; 65 (13 pour 100) avaient reçu seulement un traitement mercuriel et ioduré; 59 cas (11,9 pour 100) n'avaient reçu qu'un traitement mercuriel et arsenical insuffisant; 15 cas seulement (3 pour 100) avaient reçu un traitement arsénobenzolique adéquat.

Parmi les formes diverses de neuro-syphilis, nous notons surtout des cas de tabes, puis des cas de démence paralytique, de syphilis cérébro-spinale, de neuro-syphilis asymptomatique, un cas de myélite et 1 cas de gomme du cerveau.

Le tabes fut observé chez 161 malades n'ayant reçu aucun traitement (44,6 pour 100), chez 37 malades traités par l'iodure et le mercure (56,8 pour 100), chez 19 malades dont le traitement mercurio-arsenical fut insuffisant (32,2 pour 100) et chez 2 malades convenablement traités par les arsénobenzènes (13,3 pour 100).

La neuro-syphilis asymptomatique fut notée respectivement dans 85 cas de la première catégorie (23,5 pour 100), 10 malades de la deuxième (15,3 pour 100), 23 malades de la troisième (38,9 pour 100) et 9 malades de la quatrième (60 p. 100).

Les accidents nerveux graves furent donc observés surtout chez les malades non traités ou insuffisamment traités par les arsénobenzènes.

Un traitement antisyphilitique adéquat, institué après le diagnostic de neuro-syphilis, s'est montré efficace, quand on considère ses effets sur le liquide céphalo-rachidien, les réactions sérologiques du sang et les symptômes cliniques.

Les arsénobenzènes ne favorisent donc pas l'ap-

parition de manifestations nerveuses, puisque sur 500 cas pris au hasard, les arsénobenzènes n'avaient pas été employés au début de la maladie dans 85 pour 100 des cas.

R. Burnier.

Beerman. ***Les accidents mortels dus au bismuth dans le traitement de la syphilis*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVI, n° 5. Novembre 1932). — Le bismuth peut causer la mort, soit subite ou en quelques heures, soit par une action plus lente sur certains organes; mais les cas de ce genre sont heureusement rares.

5 cas de mort subite ont été rapportés à la suite d'injection intraveineuse de bismuth, et un à la suite d'une injection intramusculaire, mais il semble que, dans ce cas, l'injection ait été accidentellement poussée dans un vaisseau. Dans ces cas, les signes furent ceux d'un choc; le malade tomba sans connaissance, devint cyanosé avec un pouls petit et rapide, des convulsions, une gêne respiratoire allant jusqu'à l'asphyxie; la mort survint parfois en moins de cinq minutes, dans d'autres cas en moins de vingt-quatre heures. Parfois les malades avaient présenté auparavant quelques troubles d'intolérance au bismuth (douleurs abdominales, diarrhée consécutives aux injections), mais le plus souvent, il n'existe aucun signe avertisseur.

Le plus grand nombre de morts causées par le bismuth (17) sont dues à l'action du bismuth sur le tube digestif, le foie, les reins, le système vasculaire et hémopoiétique. C'est ainsi qu'on a constaté chez les malades une atrophie jaune aiguë du foie, une stomatite avec vomissements hémorragiques, urémie, une néphrite avec ictère, une colite et une dégénérescence graisseuse du foie et du muscle cardiaque, des ulcérations de la langue et des amygdales, une colite ulcéreuse et gangreneuse, du purpura des viscères et une néphrite aiguë. La mort survient souvent au milieu de phénomènes hémorragiques: hémorragies de la peau et des muqueuses, hémorragies gingivales, génitales, gastro-intestinales, hématuries.

On a signalé des cas d'agranulocytose.

Comme *accidents locaux* des injections intramusculaires, il faut noter la douleur, les nodosités, les embolies médicamenteuses et les abcès aseptiques, abcès qui a pu, dans un cas, indirectement causer la mort (Foged).

Il faut donc renoncer aux injections intraveineuses de bismuth, et, dans les injections intramusculaires, veiller à ce que l'aiguille n'entre pas dans une veine.

R. Burnier.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

G. Cipriani et A. Cionini. ***Les variations du contenu protéique du sang par rapport à la symptomatologie hémato-chimique et clinique des divers types de néphropathies*** (*Archivio per le Scienze Mediche*, tome LVI, n° 10, Octobre 1932). — Dans les néphroses lipoïdiques pures et dans les glomérulonéphrites subaiguës avec note néphrotique, l'hypoprotéinémie, l'hypercholestérinémie et l'hyperfibrinémie sont la règle; elles sont d'autant plus accentuées que les symptômes cliniques de néphrose le sont davantage. Le quotient sérine: globuline est, dans la majorité des cas, diminué ou inversé et, dans les autres, normal, malgré l'existence d'une hypoprotéinémie très marquée et de symptômes néphrotiques très accusés. Il y a en général un rapport inverse entre l'hypercholestérinémie et l'hypoprotéinémie.

Dans les glomérulonéphrites diffuses chroniques avec note néphrotique, le comportement de la protéinémie, de la cholestérinémie et de la fibrinémie est le même que dans le cas précédent, mais le quotient albumineux est le plus souvent normal et il n'y a pas de rapport inverse entre l'hypercholestérinémie et l'hypoprotéinémie.

Dans les néphroses avec amyloïdose rénale, on trouve habituellement une forte hyperfibrinémie avec hypoprotéinémie et diminution ou inversion du quotient albumineux; la cholestérinémie peut être soit normale, soit au niveau de la limite normale inférieure ou au contraire très augmentée.

Dans les glomérulonéphrites diffuses aiguës, on trouve en général une hypoprotéinémie légère avec un quotient albumineux normal; la fibrinémie est augmentée ou normale. La cholestérinémie est au niveau de la limite normale inférieure ou un peu diminuée dans les cas récents, légèrement augmentée dans les formes prolongées ou récidivantes.

Dans les glomérulonéphrites chroniques des reins contractés, au second stade, sans note néphrotique, mais avec hyperazotémie et acidose, la protéinémie est habituellement normale, la fibrinémie et le quotient albumineux normaux ou augmentés. Même dans les cas où il y a une forte hyperazotémie, la cholestérinémie dépasse légèrement la normale.

Dans les néphropathies gravidiques avec pseudo-urémie éclamptique, on trouve en général une hypoprotéinémie nette, tandis que la cholestérinémie et le quotient albumineux sont normaux.

Dans les albuminuries post-néphritiques et orthostatiques, il n'y a pas de modifications de la protéinémie, de la fibrinémie, de la cholestérinémie et du quotient albumineux.

Dans les néphroses lipoïdiques et les néphropathies avec note néphrotique, où il y a des œdèmes ou une tendance aux œdèmes, la pression osmotique du sérum est toujours très abaissée; mais elle peut être abaissée sans qu'il y ait de tendance aux œdèmes; elle ne constitue donc pas une condition suffisante pour l'apparition de l'œdème néphrosique qui dépend d'autres facteurs parmi lesquels il faut probablement faire place à des altérations éventuelles des parois des capillaires. Dans les glomérulonéphrites diffuses aiguës avec œdèmes assez accentués, la pression osmotique est toujours diminuée, mais beaucoup moins que dans les néphroses; cette constatation est en faveur d'une différence fondamentale dans la pathogénie de ces deux variétés d'œdèmes, bien qu'il soit possible qu'elles s'associent chez un même sujet; d'ailleurs, les caractères chimiques des liquides des œdèmes néphrétiques et néphrotiques ne sont pas les mêmes.

Les modifications des protéines sériques dans les néphroses lipoïdiques pures et les néphropathies avec note néphrotique ne sont pas, uniquement ou principalement, selon toute vraisemblance, la conséquence de la perte de protéines par les urines; elles semblent l'expression d'un trouble profond de la formation des protéines et la perte des protéines par les urines ne fait qu'aggraver les conséquences du trouble de leur formation.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

G. Cipriani et A. Robecchi. ***Polyarthrites chroniques primitives et secondaires; études sur la vitesse de sédimentation et sur quelques examens biochimiques*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome II, n° 40, 6 Octobre 1932). — Dans les polyarthrites primitives chroniques, la glycémie et l'uricémie à jeun sont presque toujours normales; l'association d'une hyperglycémie diabétique à la maladie doit être considérée comme une pure coïncidence; une hyperuricémie peu accentuée peut exister dans certains cas: lorsqu'il n'y a pas de tophi, l'étude du métabolisme urique montre qu'il s'agit en général de l'association de deux états distincts.

Dans les polyarthrites chroniques primitives, l'augmentation de la vitesse de sédimentation est assez fréquente (154 cas sur 236), mais habituellement modérée; il est probable qu'en suivant la maladie dans toute son évolution, on trouverait une augmentation nette, au moins à certains stades. L'augmentation paraît venir à l'appui de la conception infectieuse de l'affection. La vitesse de sédimentation est plus souvent accrue dans les polyarthrites chroniques primitives d'allure manifestement infectieuse, dans la maladie de Still et dans les spondyloses ankylosantes. Dans les polyarthrites chroniques secondaires au rhumatisme articulaire aigu et à la blennorragie, la vitesse de sédimentation est normale ou augmentée, suivant la non-activité ou l'activité du processus morbide.

La vitesse de sédimentation a une valeur certaine pour le diagnostic entre les polyarthrites d'une part, les algies, les arthroses et les arthrites uratiques d'autre part, mais à la condition de tenir compte de la phase évolutive, puisque cette vitesse peut être normale à certains stades dans le premier cas et augmentée à certains examens dans les autres. La vitesse de sédimentation a également une grande importance pour l'établissement du pronostic et pour la conduite du traitement.

Lucien Rouquès.

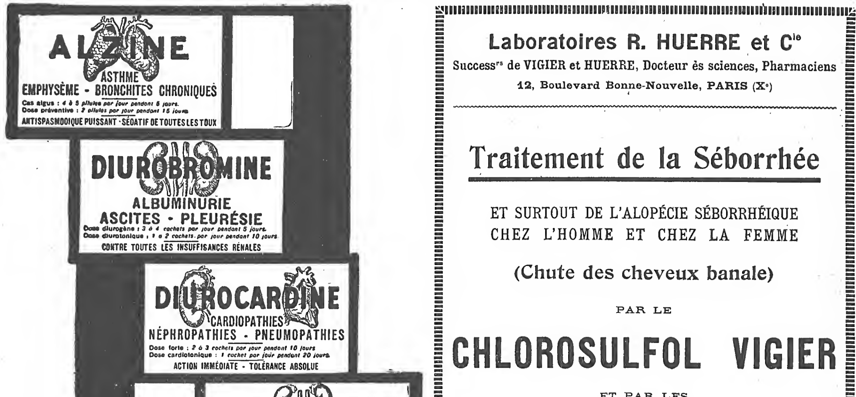
GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

G. Geronimo. ***Le sérodiagnostic de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Capuani*** (*Gazzetta degli Ospedali et delle Cliniche*, t. LIII, n° 34, 21 Août 1932). — La méthode de Capuani est une méthode de déviation du complément appliquée à la tuberculose, qui utilise l'antigène méthylique de Nègre et Boquet et dont le principe se rapproche de celui de la réaction de Hecht pour la syphilis. G. l'a utilisée chez 97 malades atteints de tuberculose pleuro-pulmonaire, avec 79 résultats positifs, 12 négatifs et 6 nuls; les 12 réactions négatives se rapportent à 4 broncho-pneumonies ulcéreuses, 5 broncho-pneumonies fibreuses à forme infiltrée, 2 pleuro-pneumonies et une tuberculose des ganglions du hile; les 6 réactions nulles se rapportent à 3 broncho-pneumonies ulcéreuses, à 2 tuberculoses des ganglions hilaires et à une pleuro-pneumonie. Sur 5 sujets non tuberculeux, G. a obtenu 3 résultats négatifs et 2 nuls; il estime que, sans avoir une valeur absolue, cette réaction mérite d'être retenue, tant par ses résultats que par sa grande simplicité.

Lucien Rouquès.

L. Zilotti. ***Quelques cas d'ascite tuberculeuse traités par le pneumopéritoine à l'oxygène*** (*Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, tome LIII, n° 45, 6 Novembre 1932). — On doit toujours essayer le pneumopéritoine à l'oxygène dans les ascites tuberculeuses libres, car c'est un traitement actif et inoffensif; après évacuation de la majeure partie du liquide, on injecte une quantité d'oxygène qui varie dans les observations de Z. de 600 à 2.300 centi-cubes; on observe parfois, le jour même ou le lendemain, une forte réaction fébrile qui disparaît rapidement. Il suffit en général d'une ou de deux injections d'oxygène pour obtenir la guérison ou une amélioration appréciable.

L'action du pneumopéritoine à l'oxygène a été attribuée à la mise au repos relatif des viscères abdominaux (comme le poumon dans le pneumothorax), à la production d'une hyperhémie de la séreuse aboutissant à la sclérose, aux modifications


ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
ANTISPASMODIQUE PUISSANT - SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES - PLEURÉSIE
CONTRE TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
ACTION IMMÉDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L.BOIZE ET G.ALLIOT
9. AVENUE JEAN JAURÈS LYON 7e
Laboratoires R. HUERRE et Cie
Successrs de VIGIER et HUERRE, Docteur ès sciences, Pharmaciens
12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS (Xe)
Traitement de la Séborrhée
ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SÉBORRHÉIQUE
CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME
(Chute des cheveux banale)
PAR LE
CHLOROSULFOL VIGIER
ET PAR LES
SAVONS VIGIER
à l'Essence de Cadier et à l'Essence d'Oxycèdre
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE


MALADIES INFECTIEUSES
1 à 4 Ampoules par jour de
Lantol
Rhodium colloïdal électrique
GRIPPES
Septicémies
Pneumonies
Typhoïdes
Paludisme
Etc.
Laboratoires COUTURIEUX, 18, Avenue Hoche, PARIS

du liquide d'ascite dont le pouvoir lipolytique est augmenté ou à l'apparition d'une leucocytose sanguine.

Lucien Rouquès.

IL MORGAGNI
(Naples)

S. Russo. ***Les groupes sanguins dans les syndromes hémoptoïques de la tuberculose pulmonaire*** (*Il Morgagni*, tome LXXIV, n° 35, 28 Août 1932). — Sur 32 malades atteints de tuberculose pulmonaire à forme infiltrée, 21 étaient du groupe I, 8 du groupe II et 3 du groupe III; sur 18 malades atteints de tuberculose ulcéreuse, 5 étaient du groupe I, 8 du groupe II et 5 du groupe III. Sur 39 malades présentant une forme hémoptoïque de tuberculose, 23 appartenaient au groupe I, 11 au groupe II et 5 au groupe III. Les malades ayant des formes infiltrées avec hémoptysies à répétition appartiennent surtout au groupe I; ceux qui ont des formes ulcéreuses sans caractère hémoptoïque appartiennent surtout au groupe II.

Lucien Rouquès.

A. Gasparini et **M. Rigoni.** ***Le réflexe de Pagano-Hering chez les hypertendus*** (*Il Morgagni*, tome LXXIV, n° 48, 27 Novembre 1932). — G. et R. ont recherché le réflexe de Pagano-Hering chez 24 hypertendus; chez 9, dont l'hypertension relevait d'artériosclérose ou de syphilis vasculaire, le réflexe existait sous une forme complète avec bradycardie et hypotension; chez un autre, il ne s'est traduit que par une bradycardie légère; chez 4, le réflexe était anormal: augmentation de la pression, sans modification du rythme ou avec tachycardie; chez les autres, le réflexe était absent. Une condition essentielle pour que le réflexe soit accentué chez les hypertendus est l'existence de lésions (infiltration calcaire ou autres altérations) au niveau des tuniques du sinus sous-jacentes à l'adventice ou de lésions de la partie sensible de la crosse aortique. La recherche du réflexe peut donc servir à distinguer les hypertensions avec lésions vasculaires des hypertensions essentielles. La surréflectivité sinusale mise en évidence par le réflexe de Pagano-Hering n'est pas l'indice d'une surréflectivité du sinus sous l'influence des excitations physiologiques; au contraire, le fait inverse se vérifie le plus souvent. Il y a une indépendance nette entre la réflectivité cardio-inhibitrice sinocarotidienne et la réflectivité oculo-cardiaque. L'injection de nitrite de soude (1 centicube à 1 pour 100) atténue les symptômes du réflexe.

Lucien Rouquès

RADIOLOGIA MEDICA
(Milan)

A. Isola. ***Les synostoses pathologiques de la voûte cranienne et de la face*** (*Radiologia medica*, tome XIX, n° 12, Décembre 1932). — I. divise les altérations de forme du crâne consécutives à une soudure pathologique des sutures en deux grandes catégories:

1° Les synostoses pathologiques de la voûte; 2° celles du massif facial, constituant les « craniosynostoses pathologiques ». C'est qu'en effet, à côté des « dysostoses cranio-faciales » étudiées par Crouzon, I. a constaté des cas d'anomalies faciales, sans anomalies de la voûte cranienne, qui l'ont conduit à admettre l'existence de déformations faciales primitives dues à des synostoses pathologiques des sutures du massif facial.

I. *Synostoses pathologiques des sutures de la voûte.* I. en étudie les différents types à savoir: 1° *les formes légères*, passant généralement inaperçues; 2° *les formes moyennes* où les altérations évidentes du crâne ne s'accompagnent pas de troubles de développement (ou où ceux-ci ne sont que temporaires); 3° *les formes graves* qui présentent des modifications nettes du crâne et constituent le groupe des « sténoses craniennes » dont I. étudie les différentes modalités anatomo-pathologiques et cliniques et qui comprennent en particulier: a) *le crâne trigonocéphale;* b) *la scaphocéphalie;* c) *la platicéphalie;* d) *la plagiocéphalie;* e) *l'acrocéphalie;* f) enfin la forme peut-être la plus fréquente *l'oxycéphalie.*

Après avoir décrit en détail deux cas de synostose pathologique de la voûte, I étudie le début de l'affection et les manifestations cliniques qui l'accompagnent ainsi que l'aspect radiologique.

II. *Synostoses pathologiques des sutures du massif facial.* A côté des cas où la synostose du massif facial est consécutive à celle de la voûte, I. croit pouvoir isoler un second groupe de cas où la synostose du massif facial est plus précoce que celle de la voûte et indépendante de cette dernière.

La maladie de Crouzon ou dysostose cranio-faciale paraît être suivant le concept étiologique de I. plutôt une dysostose facio-craniale. Elle est caractérisée par les altérations de la face et celles, limitées, secondaires du crâne; I. en rapporte un cas, puis décrit deux autres cas d'altérations graves, héréditaires, de la face avec altérations minimes de la voûte qui diffèrent quelque peu du type général décrit par Crouzon.

Après avoir étudié le début de l'affection et ses caractéristiques cliniques et radiologiques, I. envisage le rôle de l'hérédité et compare enfin la nature des altérations de la face et la symptomatologie oculaire dans les deux formes décrites de synostoses du crâne et de la face. (Pour I. l'exophtalmie dans les cas d'anomalies de la voûte serait due surtout à un manque de développement de la partie orbitaire du frontal; et, dans les cas d'anomalies de la face, aux troubles de développement des os de la cavité orbitaire, par synostose pathologique de la partie médiane de la suture fronto-sphénoïdale et peut-être des autres sutures du massif facial).

Pour I. il semble que l'on puisse invoquer comme pathogénie de cette affection un déséquilibre hormonique fœtal intense et passager (particulièrement d'origine thyroïdienne) susceptible de favoriser l'évolution rapide des fontanelles et des sutures les plus actives, en particulier quand interviennent certaines causes invoquées jusqu'ici pour expliquer les cranio-synostoses pathologiques (infections, traumatismes, hérédité, troubles fœtaux).

Morel Kahn.

G. Epifanio, G. Cola. ***Recherches expérimentales sur l'irradiation de l'hypophyse*** (*Radiologia medica*, t. XIX, n° 12, Décembre 1932). — E. et C. après avoir montré les difficultés particulières que présente l'étude de l'hypophyse tant en raison de sa situation que de sa constitution complexe reconnaissent les progrès qui ont été réalisés dans ces dernières années bien que beaucoup reste encore à faire.

Après avoir consacré une partie de leur article à un rappel des données physio-pathologiques expérimentales et des modifications de l'hypophyse dans certains états physiologiques et pathologiques ainsi qu'aux affections hypophysaires, E. et C. exposent le but de leurs recherches expérimentales (faites sur des lapins):

1° Rechercher les résultats de la destruction de l'hypophyse chez les animaux jeunes et adultes; 2° rechercher l'action de l'excitation de la glande sur les animaux en voie de développement; 3° rechercher l'action de la destruction de la glande sur des animaux castrés; 4° étudier les répercussions de la stimulation et de la destruction de la glande sur les autres glandes à sécrétion interne (Technique: 180 KV, filtration de Cu+Al, tout le corps protégé, sauf la zone à irradier; dose destructive en profondeur de 80-90 à 110-120 pour 100, dose érythème cutané; dose excitante 15-25 pour 100).

Des recherches de E. et C., il résulte que la suppression de la fonction hypophysaire est incompatible avec la vie, tous les animaux irradiés à doses élevées étant morts en sept à huit jours après avoir présenté un syndrome de perte de poids, cachexie, anorexie, perte de la fonction sexuelle, apathie, somnolence, convulsions terminales.

On ne peut exclure des causes de la mort une action toxique générale associée à l'hypopituitarisme; les lésions anatomo-pathologiques complexes observées sont nettement différentes de celles que présentent les lapins irradiés totalement à dose élevée et qui succombent en peu de temps sans que l'examen microscopique mette en évidence des lésions des principaux organes internes.

En ce qui concerne les animaux castrés, quelques-uns ont survécu à des irradiations intenses malgré des manifestations évidentes de grande souffrance. Les recherches de E. et C. ont nettement mis en évidence l'action importante de l'hypophyse sur le squelette et les organes génitaux, les modifications portant sur ces derniers consistant essentiellement en atrophie des testicules ou de l'utérus et des ovaires, diminution ou suppression de l'instinct sexuel. Chez les animaux en voie de développement, la destruction de l'hypophyse provoque l'arrêt de développement des organes génitaux et, chez les lapins castrés, l'irradiation de l'hypophyse provoque la disparition de l'activité sexuelle qui persistait après la castration.

Les répercussions sur le squelette sont profondes: l'irradiation à petites doses des animaux très jeunes provoque un développement accéléré; chez les animaux adultes on constate une hypercalcification osseuse avec amincissement de la diaphyse et disparition du cartilage de conjugaison; on peut observer de petits gonflements des épiphyses des os longs aussi bien chez les animaux adultes que chez ceux en voie de développement.

L'irradiation à doses élevées provoque des altérations graves rappelant celles du rachitisme humain et ces altérations s'observent également chez les lapins castrés soumis au traitement.

L'action de la destruction de l'hypophyse est également évidente sur les glandes à sécrétion interne; on observe notamment soit un arrêt de développement du thymus, soit son involution rapide et précoce qui peut aller jusqu'à sa disparition totale; ce n'est que chez les lapins castrés très faiblement irradiés que l'on peut constater une hyperplasie de cet organe; les réactions du corps thyroïde sont absolument comparables à celles du thymus. Au contraire au niveau des surrénales, on constate en général une hypertrophie de la corticale et une légère atrophie de la couche médullaire. Les autres glandes à sécrétion interne ne paraissent que peu ou pas touchées.

Les différentes parties de l'hypophyse sont différemment touchées; le lobe antérieur est le plus radio-sensible, le lobe moyen moins, et le lobe postérieur est moins radio-sensible encore; ce sont les cellules acidophiles qui sont le plus touchées, puis les cellules basophiles, enfin les cellules fondamentales.

E. et C. ont pu noter sur les animaux en expérience la polyurie, la glycosurie, l'adiposité et la boulimie, ce qui vient à l'appui de la thèse de E. et C. qui attribuent ces troubles à une lésion des centres nerveux de la région sous-thalamique.

Morel Kahn.

QUADERNI RADIOLOGICI
(Belluno)

Prof. **G. Bignami. *Au sujet de l'ulcère extra-bulbaire du duodénum*** (*Quaderni Radiologici*, t. III, n° 5, 1932). — B. envisage d'abord les raisons qui font qu'en présence de signes cliniques d'ulcère duodénal le radiologiste étudie plus particulièrement la première portion du duodénum.

Après avoir rapporté en détail 11 observations personnelles d'ulcères extra-bulbaires, dont 6 avec contrôle opératoire, B. passe en revue, à la lumière de ses observations et de la littérature (d'ailleurs assez rare sur ce sujet), l'anatomie pathologique et la symptomatologie de ces ulcères, ainsi que les manifestations radiologiques directes et indirectes.

Il note que, comme au niveau de l'estomac et du bulbe, le syndrome radiologique peut, dans ces localisations, au moins dans un certain nombre de cas, être très variable, réduit à très peu de chose, que le spasme et la dilatation que l'on peut constater dans la région de l'ulcère peuvent aussi manquer, se modifier ou exister du fait d'autres processus pathologiques intéressant soit directement, soit indirectement le duodénum.

Pour B., la localisation extra-bulbaire de l'ulcère duodénal est moins rare que l'on ne croit en général; il l'a rencontrée dans environ 8 pour 100 des cas d'ulcères du duodénum qu'il a observés.

C'est la radiologie qui constitue le meilleur procédé de diagnostic en renseignant sur la nature, le siège, la forme et l'extension du processus, ainsi que sur l'état fonctionnel.

Comme pour l'ulcère du bulbe on peut constater des *signes directs*, organiques et fonctionnels (à savoir, coudure de l'anse, étroitesse et parfois dilatation de la lumière du duodénum dans la zone de l'ulcère, présence de taches, douleur à la palpation, et surtout niche), et des *signes indirects*, gastriques et duodénaux (en amont et en aval de l'ulcère, et, en particulier, la dilatation de l'anse).

Le symptôme le plus important et le plus constant est l'existence d'une *niche* dont il convient d'étudier les caractères propres pour en faire le diagnostic différentiel avec des images voisines du duodénum; cette niche est d'ailleurs de forme et de dimensions sensiblement analogues à celles des niches gastriques ou bulbaires.

On ne saurait attacher une importance aussi grande aux autres signes directs ou indirects qui peuvent exister également (au cours d'autres processus pathologiques duodénaux ou para-duodénaux); c'est avant tout avec l'appoint de la clinique et du laboratoire et du signe de la niche qu'il est possible de porter un diagnostic de certitude.

Morel Kahn.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

O. Milian. *Thérapeutique de la diphtérie* (*Romania Medicala*, tome X, n° 229, 15 Novembre 1932). — La diphtérie est une maladie infectieuse qui comporte un traitement spécifique, la sérothérapie, et un traitement non spécifique qui a ses indications. Il faut tenir compte des formes cliniques. Le succès du traitement est aussi facteur d'un diagnostic précoce. Le sérum injecté dès le premier jour donne 100 pour 100 de guérisons, exceptant les formes hypermalignes d'emblée. A la campagne, les cas suspects seront traités comme diphtérie; rarement nous sommes appelés à voir le malade dès le premier jour de l'angine.

Dans les formes communes, M. injecte 5.000-10.000 unités de sérum de Cantacuzène, le premier jour; le lendemain et le troisième jour encore 5.000 unités; rarement il faut continuer le sérum. Le traitement local comporte des gargarismes à l'eau oxygénée ou faiblement iodée. Le traitement adjuvant comportera des tonicardiaques. Il faut penser aux paralysies sériques, et c'est pourquoi M. conseille les injections de sulfate de strychnine en injections ou *per os*.

Dans les formes graves (diphtéries malignes ou communes mais tardivement traitées), on instituera la sérothérapie massive. Il ne faut pas craindre les paralysies sériques qui ne présentent pas de gravité, d'autant plus qu'elles sont souvent facteur de constitution physiologique plutôt qu'en rapport avec la quantité de sérum. Milian et Hortopanu préconisent l'emploi de quantités de sérum de 50.000-365.000 unités. Le traitement symptomatique consiste en: 1° Injections d'extrait total surrénal, ou d'éphétonine, et les bains à 37°, contre l'insuffisance vaso-motrice; 2° cardiotoniques: strophantus et huile camphrée, enfin le goutte-à-goutte glycosé à 47 pour 1.000. La voie la meilleure de l'administration du sérum est la voie intra-musculaire.

Henri Krauter.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Robert Bing. *La sclérose multiple autrefois et aujourd'hui; faits et problèmes* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 47, 19 Novembre 1932). — Dans la première partie de ce long travail où B. a cherché à faire la synthèse de ce que nous savons sur la sclérose multiple, il constate d'abord que la symptomatologie classique ne s'observe que dans 10 pour 100 des cas, le reste étant des formes plus ou moins frustes dans lesquelles il manque l'un ou l'autre des symptômes cardinaux, c'est-à-dire, en dehors de la triade de Charcot, la spasticité et la suppression des réflexes de la paroi abdominale. Parmi ces formes atypiques, figurent également les paraplégies qui sont très fréquentes.

Un des caractères de la sclérose multiple est qu'elle peut donner lieu à des poussées très circonscrites, puis s'éteindre et renaître de nouveau après une période plus ou moins prolongée de latence; ce fait est très nettement en faveur d'une conception d'après laquelle il s'agirait de processus inflammatoires chroniques récidivants. Mais il ne s'agit pas d'une séquelle de maladie infectieuse connue ou en tout cas cette maladie infectieuse connue ne joue guère que le rôle d'agent provocateur.

Au point de vue histologique, ce qu'il y a de remarquable dans cette maladie, c'est le fait que les cylindre-axes sont épargnés malgré la démyélinisation très profonde. Ces constatations histologiques ne peuvent pas d'ailleurs, comme le croyait Charcot, expliquer le tremblement intentionnel. A la source de ce symptôme, il n'y aurait pas non plus de lésions de la région rubro-thalamo-sous-thalamique. D'après B., il s'agirait plus vraisemblablement d'un phénomène de nature fonctionnelle comme il s'en observe dans la chorée simple où les lésions des ganglions de la base peuvent être complètement absentes. Ces considérations amènent à éliminer la théorie d'après laquelle cette maladie serait due à des causes internes déclanchées par des nuisances externes.

Au point de vue diagnostic, B. attire l'attention sur les adhérences méningées en forme de mailles qui peuvent être mises en évidence par la myélographie. Quant au liquide céphalorachidien, il ne peut pas permettre de faire un diagnostic différentiel décisif.

Après avoir parlé des formes aiguës, B. remarque qu'il n'est pas possible de penser que l'encéphalomyélite disséminée puisse donner lieu à une sclérose multiple. Il rappelle ensuite la distribution géographique de la maladie qui est beaucoup plus fréquente en Allemagne et dans les pays scandinaves que dans les pays méditerranéens.

P.-E. Morhardt.

Robert Bing. *La sclérose multiple autrefois et aujourd'hui; faits et problèmes* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 48, 26 Novembre 1932). — Dans la seconde partie de ce travail, B. étudie la distribution géographique de la sclérose multiple en Suisse où il a été procédé à une enquête qui a permis de relever l'existence de 891 cas, ce qui doit correspondre, en réalité, à 1.000 ou 1.500 cas, soit une morbidité de 1 pour 3.000 ou pour 4.000 habitants. Le contrôle du diagnostic des cas déclarés a été fait par B. dans beaucoup de circonstances et il a été relevé très peu d'erreurs. Cette enquête a montré que pour 358 hommes, il y avait 530 femmes d'atteintes, ce qui confirme l'enseignement de Charcot sur la prédominance de la maladie chez les femmes. En Suisse, comme en Europe et aux Etats-Unis, l'augmentation du sud au nord est très nette. Les régions les plus atteintes sont Bâle et Zofingue ainsi que Winterthur et Zurich. Une exception est constituée par une vallée isolée des Grisons où on trouve 5 cas pour 6.000 habitants.

Cette enquête a révélé l'existence de 13 cas familiaux. Ainsi B., est amené à admettre l'existence d'une certaine disposition, de même d'ailleurs que l'encéphalite épidémique frappe de préférence des psychopathes et des névropathes. Ainsi, un facteur génotypique intervient.

A propos du germe spécifique de la maladie, B. fait remarquer qu'on ne saurait voir dans les effets favorables de l'arsenic une preuve qu'il s'agit d'une spirochétose. Selon lui, la liqueur de Fowler et les pilules asiatiques sont aussi actives que les autres préparations arsenicales. B. met, en outre, en évidence les difficultés et les contradictions que suscitent les prétendues découvertes du germe (*Sphaerula insularis*, bacille de la tuberculose selon Löwenstein, infections chroniques de la bouche selon Paessler, etc.). B. remarque, en terminant, que les traumatismes doivent être considérés comme capables, dans certains cas, d'aggraver l'évolution de la maladie. Mais il faut pour cela qu'une poussée brusque survienne immédiatement ou très peu de temps après l'accident.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

P. Nobécourt. ***Les modalités cliniques du rhumatisme cardiaque chez les enfants et les jeunes gens*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CV, n° 98, 7 Décembre 1932). — La maladie de Bouillaud est la cause la plus importante des cardiopathies infantiles; les manifestations cardiaques apparaissent généralement au cours d'une attaque articulaire aiguë, aussi bien dans les formes légères ou frustes que dans les formes polyarticulaires et fébriles; elles peuvent être isolées ou primitives.

Il est difficile de faire rentrer dans un schéma la variété des faits cliniques; cependant, on peut distinguer l'endocardite simple discrète qui peut évoluer de façon différente, la péricardite simple discrète, sèche ou avec épanchement, la pancardite rhumatismale, forme sévère dans laquelle le myocarde est toujours touché.

Les troubles du rythme cardiaque au cours des pancardites de la maladie de Bouillaud sont assez rares et généralement peu importants. Cependant, on peut avoir une arythmie extra-systolique, légère et de courte durée, une bradycardie sinusale. La tachycardie est fréquente et parfois forte.

Il existe tous les intermédiaires entre les formes légères et les formes graves, des formes simples et des formes complexes. L'évolution est toujours longue, même dans les cas les plus bénins en apparence. L'avenir est lié à l'état du myocarde.

Robert Clément.

M. Faure. ***Sur la variabilité des manifestations rhumatismales en relation avec les influences solaires et cosmiques*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CV, n° 105, 31 Décembre 1932). — Alors que sont permanents les états diathésiques, les intoxications, les infections, les lésions qui sont à la base des manifestations rhumatismales, celles-ci sont le plus souvent variables ou intermittentes. Malgré leur variété, les accidents aigus (névralgies, arthrites, manifestations séreuses, musculaires, tendineuses, osseuses ou viscérales) sont souvent simultanés chez un grand nombre de malades. Tout se passe comme si des causes extérieures et transitoires déclanchaient les poussées aiguës. Les rhumatisants remarquent cette alternance d'accalmie et d'exacerbation et invoquent, pour expliquer l'apparition des accès, des causes climatériques ou météorologiques. Les causes invoquées varient suivant les sujets.

Ces changements du temps sont conditionnés par des phénomènes cosmiques et ces phénomènes cosmiques sont bien le facteur essentiel puisque les accidents morbides se produisent en coïncidence avec eux, précédant de quelques heures au moins et de deux jours au plus les changements de temps.

Le passage au méridien des taches solaires dans une position telle que le faisceau de leurs radiations atteigne la terre s'accompagne toujours de l'éclosion d'accidents rhumatismaux aigus. Mais les séries de poussées rhumatismales sont plus nombreuses que les passages de taches et on peut les observer en dehors de ceux-ci. Il est donc probable qu'il existe d'autres causes encore inconnues qui ont une influence analogue à celle des taches solaires.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

A. Pellé. ***La chrysothérapie dans le rhumatisme tuberculeux*** (*Paris Médical*, t. XXII, n° 49, 3 Décembre 1932). — Chez un tuberculeux de 46 ans, porteur d'un pneumothorax thérapeutique, est apparue une série de fluxions articulaires et para-articulaires, mobiles et fugaces, disparaissant sans laisser de traces, mais récidivantes. La sérosité du genou inoculée au cobaye a provoqué chez celui-ci des lésions tuberculeuses type Villemin. Le traitement par le salicylate buccal et intra-veineux ayant été inefficace, on essaye la chrysothérapie; les manifestations articulaires ont rapidement cédé et complètement disparu après la cinquième injection de 0 gr. 10 de crisalbine.

Un syndrome polyarticulaire aigu, avec péricardite à épanchement hémorragique, dont le liquide a tuberculisé le cobaye, développés chez un tuberculeux scléreux, a guéri sous l'influence de la chrysothérapie; les fluxions articulaires ont disparu après la quatrième injection intra-veineuse, l'épanchement du péricarde était complètement résorbé au bout de vingt jours. Il n'y a pas eu de récidive.

Dans ces 2 observations, la cuti-réaction à la tuberculine était négative.

Chez une femme de 42 ans, se développe un rhumatisme chronique progressif des mains, puis des poignets, puis des genoux et des pieds; les clichés radiographiques montrent des altérations articulaires et osseuses, qui permettent de considérer ces arthrites comme probablement tuberculeuses. Une première série d'injections intra-musculaires de sels d'or améliore la malade et diminue son impotence; une deuxième cure intra-veineuse, poussée jusqu'à 2 gr. de crisalbine, a un effet rapide sur la douleur et les manifestations articulaires.

Ces résultats autorisent à recourir à la chrysothérapie dans tous les rhumatismes salicylo-résistants qui sont d'après P. très souvent de nature tuberculeuse.

Robert Clément.

F. Coste et **J. Bourderon.** ***Sur l'utilité des contrôles hématologiques des rhumatisants traités par l'or*** (*Paris Médical*, tome XXII, n° 49, 3 Décembre 1932). — De nombreux examens hématologiques chez des rhumatisants soumis à la chrysothérapie ont permis à C. et B. de tirer quelques conclusions pratiques.

Avant tout traitement, la leucocytose, peu élevée comme il est de règle dans les arthrites et les polyarthrites, ne permet pas de donner une indication sur le risque d'accidents encouru par le malade que l'on va traiter par les sels d'or. L'éosinophilie, supérieure à 5 pour 100, ne signifie rien non plus à ce point de vue; sur 15 malades, qui n'ont présenté aucun accident, on relève 5 éosinophilies initiales; sur 26 malades ayant présenté des accidents, il y avait également 5 éosinophilies. Chez les malades qui firent des accidents biotropiques, on a noté, 3 fois, une mononucléose initiale qui doit peut-être rendre prudent dans la progression des doses.

La plupart des examens que l'on a pu pratiquer, très peu avant l'éclosion des accidents, n'ont pas révélé de poussées éosinophiliques. Une fois les accidents apparus, l'éosinophilie devient fréquente, mais sa constatation est désormais sans intérêt. Si on tirait argument d'une éosinophilie égale ou supérieure à 5 pour 100 pour interrompre la cure, on priverait, le plus souvent inutilement, de nombreux malades du bénéfice de la chrysothérapie. La surveillance de l'éosinophilie au cours du traitement par les sels d'or, dans le rhumatisme chronique, est donc sans valeur.

Le graphique de numérations et des proportions leucocytaires pour chaque malade ne semble avoir aucun rapport avec les doses employées et la durée du traitement; la signification des examens hématologiques est incertaine ou trompeuse et ne peut fournir de renseignements utiles pour la conduite du traitement.

Il est bon cependant de ne pas commencer la chrysothérapie sans avoir fait un examen hématologique, mais par la suite, à condition de suivre attentivement les réactions du sujet, on peut le plus souvent se passer d'examen de sang pendant toute la durée du traitement, et n'y recourir qu'en cas d'indications cliniques spéciales.

Robert Clément.

Jacques Decourt et **S. Kaplan.** ***Le traitement de l'ostéomalacie par l'ergostérol irradié*** (*Paris Médical*, t. XXII, n° 49, 3 Décembre 1932). — Si l'ostéomalacie au stade de déformation grave est rare, il est probable qu'il existe des formes atténuées moins rapidement progressives et peu déformantes. Avant de donner lieu au tableau classique, les altérations osseuses demeurent silencieuses ou ne se traduisent que par des douleurs et une asthénie physique dont la cause n'est pas soupçonnée.

L'ostéomalacie se caractérise avant tout par un processus de décalcification conduisant au ramollissement et à la fragilité des os. Les résultats obtenus par l'administration d'ergostérol irradié sont excellents et constants comme dans la belle observation d'Harvier et Lafitte.

Dans 3 cas d'ostéoporose rachidienne douloureuse du vieillard, individualisée par D. et K. comme des formes frustes d'ostéomalacie, en raison des caractères cliniques, radiologiques et humoraux de l'affection, l'ingestion d'ergostérol irradié à des doses variant entre 3.000 et 6.000 unités-rat antirachitiques par jour, soit seul, soit associé à l'administration de chlorure de calcium, provoqua en quelques semaines la disparition totale des douleurs osseuses, l'amélioration de l'état général et la disparition de la dépression psychique, tandis que de nouvelles radiographies montraient la recalcification du squelette, et l'examen humoral un retour du calcium sanguin à la normale.

Il paraît probable que l'étiologie de l'ostéomalacie n'est pas univoque et que, selon les cas, voire dans un même cas, divers facteurs peuvent entrer en ligne de compte: défaut d'apport calcique, carence vitaminique, troubles endocriniens, perturbations de l'équilibre physico-chimique du sang. Ces notions font comprendre que le traitement de l'ostéomalacie ne puisse se résumer dans l'administration d'ergostérol irradié, mais cette médication possède une remarquable efficacité.

Robert Clément.

A. Couvelaire. ***Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction*** (*Paris Médical*, t. XXII, n° 51, 17 Décembre 1932). — L'éclosion de la tuberculose à l'occasion de la fonction de reproduction serait rare. Sur 1.800 accouchées de sa clientèle privée, C. n'a observé qu'une femme qui, jusque-là bien portante, devint tuberculeuse après son accouchement. En milieu hospitalier, la proportion est beaucoup plus grande: 11 tuberculeuses pour 1.000 femmes venant avorter ou accoucher.

Le surmenage, qui accompagne la gestation, engendre donc un état favorable à l'éclosion de la tuberculose et si la fonction de reproduction

ne favorise pas réellement par elle-même l'éclosion de la tuberculose, elle représente un risque certain pour les femmes qui ont à supporter en même temps des fatigues et des conditions d'existence incompatibles avec l'état de gestation, la parturition et l'allaitement.

La gestation et l'accouchement ont une influence néfaste sur l'évolution de la tuberculose antérieure. Si cette action est peu marquée sur les formes scléreuses et sur les formes à évolution torpide, elle est intense sur les formes évolutives et ulcéro-caséeuses. Sur 370 malades appartenant à ce groupe, C. compte 200 décès dans l'année qui suivit l'accouchement. Chez les malades dont la tuberculose a débuté depuis plus d'un an avant la gestation, la mortalité est de 27,4 pour 100; chez celles dont la maladie a précédé la grossesse de six à sept mois, elle est de 34 pour 100; lorsque le début remonte à moins de six mois, la mort survient dans 45 pour 100 des cas; lorsqu'il coïncide avec la gestation, dans 55 pour 100 des cas. Les poussées évolutives, qui débutent ou se prolongent dans les derniers mois de la gestation, sont spécialement graves; elles entraînent la mort dans 77 pour 100 des cas; lorsqu'elles surviennent ou reprennent dans les suites de couches immédiates, la mortalité atteint presque 100 pour 100.

Un certain nombre d'enfants, issus de mères tuberculeuses, meurent très rapidement après la naissance (7 pour 100). Au cours du premier mois de la vie, 10 pour 100 paraissant bien portants meurent encore. Entre 6 semaines et 3 mois, ils n'en meurt environ que 5 pour 100; entre 3 mois et 3 ans, environ 3 à 4 pour 100. Cependant, le virus tuberculeux, qui passe de la mère à l'enfant, ne produit pour ainsi dire jamais de lésions tuberculeuses. Sur un millier d'enfants, C. n'a vu que 2 cas de tuberculose congénitale avec lésions spécifiques. Trois quarts des enfants de la clientèle hospitalière, séparés de leur mère, sont capables d'être élevés à la condition d'être entourés de soins convenables.

Il faut donc déconseiller la maternité aux tuberculeuses tant que leurs lésions ne sont pas cicatrisées depuis plusieurs années. Avant et pendant la gestation et après l'accouchement, le pneumothorax artificiel, les sels d'or amènent une prolongation de survie et abaissent le pourcentage de mortalité dans l'année qui suit l'accouchement. Il faut, en outre, placer la femme gravide dans les meilleures conditions d'hygiène générale.

Robert Clément.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

Desplanques, Simonnet et Verge. ***Recherches sur l'anaphylaxie (Deuxième mémoire). Anaphylaxie tissulaire*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LIX, n° 5, Novembre 1932). — L'étude des organes ou des tissus *in vitro*, en survie dans un liquide nutritif approprié, peut être employée pour l'analyse du mécanisme du choc anaphylactique. D., S. et V. ont étudié l'anaphylaxie tissulaire, au sérum de cheval, des cornes utérines de jeunes cobayes vierges, placées dans un milieu de survie approprié et dans un appareil spécial.

La dose minima de sérum de cheval hongre, chauffé à 56° centigrades, pendant trente minutes, qui déclanche une contraction de la corne utérine de jeunes cobayes vierges anaphylactisés, est de 1 cent millième de centimètre cube. Une réaction désensibilise l'utérus, lequel ne se montre plus sensible à l'addition de nouvelles doses de sérum.

L'anaphylaxie tissulaire est strictement spécifique. La réaction obtenue avec 1/10 de centimètre cube de sérum de bœuf ou de lapin ne désensibilise pas pour un autre sérum. Contrairement aux affirmations de Kellaway et Cowell, une addition de sérum de cobaye ne protège pas les cornes utérines sensibilisées contre une addition de sérum de cheval hongre.

Par la méthode des doses subintrantes de Besredka, on peut désensibiliser, *in vitro*, des cornes utérines de cobayes.

Il est impossible de sensibiliser *in vitro* les cornes utérines.

Robert Clément.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
(Paris)

Gosset, Bertrand et Patel. ***Sur la physiopathologie des embolies artérielles des membres*** (*Recherches expérimentales*) [*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*], t. IX, Novembre 1932. — Pour trancher les discussions actuellement en cours parmi les chirurgiens sur le meilleur traitement des embolies artérielles des membres, G., B. et P. ont entrepris des recherches expérimentales. L'anatomie pathologique de ces embolies est en effet mal connue jusqu'à présent et c'est cependant le point essentiel à élucider pour décider de la meilleure méthode thérapeutique: embolectomie ou artériotomie.

G., B. et P. ont produit des embolies chez le chien dans le membre postérieur, en poussant par le tronc commun des hypogastriques un caillot sanguin provenant du même animal. Rarement cette embolie est nécrosante, mais toujours elle entraîne des troubles ischémiques intenses et la patte est frappée d'impotence fonctionnelle absolue.

Les animaux ont été sacrifiés de jour en jour de façon à prélever l'artère oblitérée et à suivre ses altérations. Celles-ci sont assez différentes de ce que feraient prévoir les descriptions classiques de prolifération précoce de l'endothélium et d'organisation consécutive du caillot. En réalité, les lésions sont d'abord apparentes sur la mésartère qui est ischémiée par l'absence de sang circulant dans le vaisseau et qui est frappée de dégénérescence très précoce. Les lésions endothéliales sont beaucoup plus tardives, du troisième au sixième jour, et elles relèvent sans doute de l'irritation due à l'organisation du caillot.

Enfin le caillot prolongé, ou thrombose extensive, si important à considérer au point de vue de la nutrition du membre, n'est pas très étendu si, du moins, le caillot est aseptique.

P. Moulonguet.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

A. Monbrun, Charles Richet et J. Facquet. ***La névrite optique rétro-bulbaire par sulfure de carbone*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. XL, n° 11, Novembre 1932). — Une observation est donnée d'un cas d'intoxication par le sulfure de carbone chez un ouvrier travaillant à la vulcanisation du caoutchouc. Les principaux symptômes sont : céphalée frontale, baisse de la vision centrale, troubles dans les mouvements des membres inférieurs. Le tableau est celui de la névrite rétro-bulbaire banale avec effondrement plus rapide de la vision que dans le cas d'intoxication éthylo-nicotinique. Le pronostic toutefois est bon en général. La vision revient par suppression des causes d'intoxication. Du point de vue médico-légal, la question est intéressante en raison des analogies avec la névrite rétrobulbaire éthylo-nicotinique. La réglementation des usines qui emploient le sulfure de carbone devrait être mieux faite.

A. Cantonnet.

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE
(Paris)

H. Violet. ***Du traitement de certaines aménorrhées par la saignée générale*** (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 27e année, n° 11, Novembre 1932). — V. insiste (à juste titre) sur l'infidélité des extraits ovariens et hypophysaires dans l'aménorrhée. La diathermie lui semble utile, mais insuffisante. Les emménagogues lui font peur. L'iode et, plus spécialement, les injections intramusculaires de lipiodol lui ont donné d'excellents résultats. Mais, dès qu'il s'agit de soigner une aménorrhée de quelques mois, il commence le traitement par une saignée de 200 à 250 gr. Les règles réapparaissent dans la huitaine, dans les quinze jours, le vingt-huitème jour suivant. V. a recueilli l'observation de 13 succès et il en reproduit, brièvement, 3. Il essaie, ensuite, d'expliquer l'action de son intéressante méthode.

Henri Vignes.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris).

Urechia. ***Considérations sur les psychoses tabétiques*** (*Revue Neurologique*, t. XXXIX, n° 5, Novembre 1932). — Les tabétiques peuvent présenter des troubles mentaux d'ordre divers.

Signalons d'abord les phénomènes de dépression ou d'excitation, les obsessions, les phobies, les préoccupations hypocondriaques, liés au développement des accidents de l'ataxie locomotrice chez le malade. Ils doivent être éliminés, comme les troubles psychiques liés à l'évolution de la méningo-encéphalite diffuse chez les tabétiques.

En dehors de ces faits, les tabétiques peuvent présenter des troubles psychiques plus ou moins variés. Ils revêtent le plus souvent la forme paranoïde, hallucinatoire ou celle de l'hallucinose ; l'aspect de la dépression mélancolique ou plus rarement de l'agitation maniaque; le type de la confusion mentale parfois.

Le lien de causalité que l'on peut établir entre le tabes et les troubles mentaux, les modifications du liquide céphalo-rachidien, ne constituent pas eux-mêmes un argument positif pour le préciser. Les résultats thérapeutiques obtenus par le traitement spécifique qui améliore les troubles mentaux sans modifier l'évolution du tabes est un argument en faveur de l'origine réellement spécifique des accidents.

Les examens anatomiques de cerveaux de ces sujets ont montré la présence de lésions ressemblant à celles de la paralysie générale, ou encore de lésions atypiques disposées en foyers, de vascularite des petits vaisseaux, de méningite spécifique, ou encore de lésions dégénératives, en un mot de lésions de syphilis cérébrale.

La constatation de ces lésions, fort intéressante d'ailleurs, ne suffit pas à justifier l'origine de la nature tabétique des troubles mentaux. Car on peut observer de telles lésions anatomiques chez des ataxiques qui n'ont présenté aucun déséquilibre mental, et d'autre part ces altérations anatomiques revêtent en général le type banal de celles de la syphilis cérébrale, qui devrait, si vraiment un lien de causalité existe, faire donner à ces troubles mentaux le nom de psychoses syphilitiques plutôt que celui de psychoses tabétiques.

H. Schaeffer.

L'ENCEPHALE
(Paris)

H. Claude, H. Baruk et R. Porak. ***Sommeil cataleptique et mise en train psycho-motrice volontaire*** (*Encéphale*, t. XXVII, n° 8, Septembre 1932). — Le sommeil cataleptique se caractérise

du point de vue subjectif par un sentiment d'engourdissement spécial, un déroulement automatique d'images; du point de vue objectif, par la perte de l'initiative motrice, la conservation des attitudes, etc. Il se rencontre dans l'hébéphréno-catatonie, la mélancolie, les délires toxiques.

Les auteurs ont étudié un certain nombre de sujets présentant ce syndrome, à l'aide de l'ergographe, qui inscrit une série de contractions consécutives du doigt.

Les tracés obtenus se caractérisent par une ascension très lente, suivie d'une descente rapide, anomalies qui s'atténuent après les premières contractions. Les sujets intoxiqués par la scopochloralose, par la bulbocapnine (à doses thérapeutiques) montrent des tracés semblables.

Ces agents se localisent sur une fonction motrice bien définie: la *fonction psycho-motrice*, à laquelle est dévolue la mise en train des mouvements volontaires. Cette fonction est suspendue dans la catalepsie.

La mise en train volontaire se distingue nettement des faits de conscience qui précèdent tout acte volontaire et que l'introspection révèle: *représentation et protoénéogie affective* de Jarkowski, *fiat* de W. James.

G. d'Heucqueville.

W. Pires et **C. Luz**. ***Le liquide céphalo-rachidien après la malariathérapie*** (*Encéphale*, t. XXVII, n° 10, Novembre 1932). — P. et L., ont pratiqué la malariathérapie dans 300 cas de syphilis nerveuse. Ils ont observé 35 pour 100 de rémissions chez les paralytiques généraux.

La *pléocytose* disparaît rapidement sans retour. La *globulinose*, témoin de la destruction des cellules, s'abaisse secondairement. *L'albuminose*, la *réaction de Wassermann* sont influencées comme par un traitement spécifique ordinaire.

Les modifications des courbes données par la réaction colloïdale sont instructives, car elles suivent les transformations intimes du liquide. D'ordinaire, on observe l'apparition d'une courbe de paralysie générale plus typique.

Dans l'ensemble, la guérison humorale est plus tardive et moins parfaite que la guérison clinique. Un syndrome humoral entièrement irréductible à la malariathérapie comporte un mauvais pronostic.

G. d'Heucqueville.

L'HYGIÈNE MENTALE (Paris)

G. Robin. ***Essai d'interprétation neurologique d'une forme d'inattention idiopathique chez l'enfant*** (*Hygiène Mentale*, t. XXVII, n° 8, Septembre 1932). — R. rapproche l'inattention à la parole de l'agnosie verbale, l'inattention à la lecture de l'agnosie visuelle, l'inattention au travail intellectuel de l'apraxie idéatoire. Les opérations élémentaires sont correctes; mais la synthèse de l'ensemble n'a pas été perçue, ou élaborée.

Cette interprétation, fort séduisante, suggère des déductions thérapeutiques: il faut stimuler par une médication nutritive le développement insuffisant des neurones d'association cérébraux.

G. d'Heucqueville.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Leipzig)

W. Capelle et **E. Fulde** (Berlin). ***La suppression locale de la douleur chez les opérés de l'abdomen*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXXXVII, nos 11 et 12, Novembre 1932). — C. et F. partent de ce principe que les complications post-opératoires chez les laparotomisés, telles que la pneumonie et la phlébite, sont dues à une diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires, les opérés évitant de respirer à fond, dans la crainte de réveiller la douleur au niveau de l'incision pariétale. Ils insistent sur l'ascension du diaphragme, par immobilisation; la diminution de la capacité thoracique qui en résulte a une influence fâcheuse tant sur la circulation pulmonaire que sur la circulation générale. Ils ont eu l'idée de rendre aux muscles qui président à la mécanique respiratoire (diaphragme, muscles de la paroi abdominale) leur jeu normal en supprimant la cause de leur immobilisation réflexe, c'est-à-dire en anesthésiant pendant les cinq jours qui suivent la laparotomie toute la zone qui environne l'incision opératoire pariétale. Pour cela, ils ont fait construire trois longues aiguilles tubulées, fermées à leur extrémité terminale et percées d'orifices latéraux comme un drain de Dakin. Avant de suturer la plaie opératoire, à 2 cm. d'un des bords de la plaie, trois aiguilles sont enfoncées parallèlement, l'une entre péritoine et muscle, la seconde dans le muscle, la troisième dans le tissu cellulaire sous-cutané. Un mandrin permet d'obturer l'aiguille dans l'intervalle des injections. L'anesthésie est obtenue avec une solution à un demi pour cent de pantocaïne avec dix gouttes d'adrénaline par 100 cmc. Par vingt-quatre heures, dans chaque aiguille, on injecte 5 fois 10 cmc de cette solution. Pour la première nuit après l'opération, on injecte une solution de pantocaïne à 1 pour 100. Ainsi un sommeil de sept heures sans l'adjonction de morphine peut être obtenu. Les injections seront répétées pendant cinq jours. L'expérience de C. et F. ne repose que sur 4 cas (hernie épigastrique, ulcère du duodénum, ulcère de l'estomac, cancer de l'utérus). Ils n'ont pas observé de complications du côté de la plaie opératoire qui était cicatrisée du sixième au septième jour. Les opérés n'ont eu ni broncho-pneumonie post-opératoire, ni phlébite.

P. Wilmoth.

H. Korbsch (Münster, Westphalie). ***Au sujet de la cysticercose de la moelle épinière*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXXXVII, nos 11-12, Novembre 1932). — Alors que la cysticercose cérébrale est bien connue, la cysticercose de la moelle épinière apparaît comme très rare. K. en rapporte un cas. Le patient, qui a eu auparavant des troubles digestifs, se plaint de faiblesse dans les membres inférieurs. Un premier examen avec ponction lombaire (hyperpression, xanthochromie, augmentation de l'albumine) a fait conclure à la compression médullaire par une tumeur. Un second examen permet d'affirmer qu'il y a bien paraplégie et une laminectomie centrée sur la 1re vertèbre lombaire permet d'enlever au niveau de la 1re lombaire une tumeur para-médullaire gauche, de la grosseur d'un pois, de couleur gris jaune, de consistance dure. Après une amélioration passagère le malade est transféré dans un hôpital de maladies chroniques.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une cysticercose; que la tumeur parasitaire était appendue à un pédicule vasculaire; que le parasite s'est développé puis est mort dans la lumière du vaisseau médullaire. K. n'a relevé que 6 cas de cysticercose médullaire publiés jusqu'à présent.

P. Wilmoth.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

E. Pawlowski. ***Phlébectasies et hémangiome des organes génitaux externes de l'homme*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 51, 17 Décembre 1932). — Les cas d'angiome des organes génitaux de l'homme sont relativement rares. P. rapporte l'observation d'un homme de 45 ans atteint de phlébectasies étendues de toute la partie antérieure de l'urètre, du gland et de la partie inférieure de la peau du scrotum. Les lésions urétrales étaient nettement visibles à l'endoscopie.

Dans les quelques cas publiés dans la littérature, les dilatations veineuses de l'urètre sont plus fréquentes dans la partie antérieure que dans la portion prostatique.

Dans le cas de P., il est difficile de dire si on a affaire à de simples varices ou à un hémangiome; il y a sans doute association des 2 lésions.

Il semble s'agir d'une affection congénitale, car les premières manifestations apparurent sur le gland dès l'âge de 13 ans.

Bien que ces phlébectasies et angiomes soient des tumeurs bénignes, elles ne sont pas sans danger pour le malade; elles peuvent, en effet, entraîner des hémorragies soudaines, d'intensité variable, survenant sans cause ou à la suite de causes minimes. Le malade de P. eut ainsi, il y a sept ans, une hémorragie qui survint sans cause apparente et qui dura dix minutes.

Comme troubles de la miction, on note que le jet d'urine est souvent en vrille, bifide, ou qu'il tombe à angle droit, comme dans certains rétrécissements de l'urètre.

Le traitement varie suivant les symptômes observés; si ceux-ci sont minimes, il vaut mieux se tenir sur l'expectative. En cas d'hémorragies et de stase urinaire, on peut recourir aux cautérisations ou mieux à une intervention chirurgicale, l'ablation radicale.

R. Burnier.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

P. Gyorgy. ***La pathogénie des réactions tétaniques*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LIII, n° 36, 3 Septembre 1932). — On a cru avoir expliqué suffisamment l'hyperexcitabilité tétanique par un appauvrissement en Ca des humeurs et des tissus, ou plus précisément par une élévation du quotient de Loeb $\frac{Na+K}{Ca+Mg}$. On peut objecter à cette conception simpliste que, quant au Ca, la quantité absolue donnée par l'analyse n'est pas identique à la fraction ionisée, laquelle possède presque exclusivement une action physiologique. On est encore peu fixé sur la quantité de Ca ionisé que renferme le sérum et sur les facteurs physiques et chimiques de l'ionisation du Ca dans l'organisme. Aussi G., développant l'équation de Rona et Takahashi concernant la solubilité des sels de Ca en présence de substances organiques, propose-t-il la formule élargie suivante $Ca = f \times \frac{H}{HCO^3 \; HPO^4}$ qui permet de soumettre à une analyse tout au moins qualitative les conditions les plus importantes de l'ionisation du Ca dans le sang et les liquides tissulaires, en attendant qu'on soit mieux instruit des facteurs réglant le taux d'ionisation de ce corps dans l'organisme pour calculer quantitativement cette équation.

D'après cette formule, l'augmentation de la concentration ionique des bicarbonates et des phosphates, de même que la diminution des ions H, amène une diminution des ions Ca.

Si l'on voit, dans la diminution des ions Ca libres, la cause déchaînante la plus importante de l'état d'hyperexcitabilité tétanique, l'examen de la formule élargie de Rona montre qu'il faut s'attendre à l'existence de plusieurs types de tétanie de pathogénie différente, ce que confirme la clinique: tétanie au cours de l'alcalose véritable (tétanie par hyperpnée); tétanie liée à l'augmentation des bicarbonates (sténose du pylore, injection intraveineuse de bicarbonate); tétanie par augmentation des phosphates, observée chez l'homme et

chez l'animal d'expérience, chez lequel on constate que, malgré l'hypocalcémie provoquée par l'administration de phosphate, la tétanie n'apparaît que si l'on a donné des phosphates alcalins, ce qui fait dire à G. que ce n'est pas l'hypocalcémie en général, mais la diminution des *ions* Ca qui domine la pathogénie de la réaction tétanique, l'hypocalcémie globale intervenant néanmoins aussi à titre-adjuvant; tétanie parathyréoprive, où une hyperphosphatémie primitive par rétention des phosphates accompagnée d'alcalose, traduisant un trouble du métabolisme intermédiaire, conditionne une hypocalcémie secondaire; tétanie idiopathique des enfants où l'on retrouve ce même trouble du métabolisme intermédiaire; ce dernier type se rencontrant surtout dans le rachitisme qui s'accompagne généralement d'une hypophosphatémie, il faut que certains facteurs, probablement endogènes, déterminent la perturbation tétanigène caractéristique du métabolisme, la rétention des phosphates pouvant n'être que relative, et l'équilibre acide-base étant peu troublé.

Le rôle des autres éléments de la formule de Loeb paraissant assez accessoire, à l'exception de K qui renforce nettement la réaction tétanique, G. propose de combiner les formules de Loeb et de Rona dans la formule suivante simplifiée:

$$\frac{\text{K, Phosphate, } HCO^3}{\text{Ca, Mg, H}},$$

les ions du numérateur augmentant l'excitabilité nerveuse, ceux du dénominateur la diminuant.

Les modifications du chimisme sanguin invoquées dans la genèse de la tétanie ne doivent pas faire perdre de vue que les réactions tétanigènes se passent dans les tissus et doivent avant tout dépendre du groupement des ions dominant au niveau de la surface de séparation tissus-humeurs. Cette prise en considération du métabolisme tissulaire fait tomber diverses objections adressées à la formule proposée (absence de tétanie malgré une alcalose sanguine non compensée dans le pylorospasme du nourrisson et après administration de doses massives d'alcalins). Il faut invoquer ici l'anhydrémie et l'action hyperosmotique du bicarbonate de soude. De même que l'hyperosmose, certaines substances étrangères à l'organisme (cations des métaux lourds) peuvent s'opposer à la tétanie en influençant le métabolisme tissulaire dans le sens de l'acidose, tandis que certains sels précipitant le calcium (citrates, oxalates) ont une action inverse.

Bien que la formule élargie de Loeb semble bien, en tenant compte à la fois des conditions humorales et tissulaires, représenter le facteur décisif dans le mécanisme physico-chimique de la réaction tétanique, le problème de la tétanie ne doit pas encore être considéré comme résolu. Il faut s'efforcer de connaître la nature des rapports réciproques entre les groupements modifiés des ions humoraux à la limite tissu-liquide tissulaire et les processus métaboliques cellulaires subséquents qui se manifestent cliniquement par les symptômes tétaniques.

On peut penser d'abord, en raison de l'action déshydratante des ions Ca et de la diminution de l'ionisation du Ca, à une imbibition exagérée de la membrane cellulaire conduisant à une augmentation de l'excitabilité. G. rejette cette explication et met en lumière le rôle joué par le dédoublement d'origine enzymatique de certaines combinaisons organiques des phosphates, qui met habituellement en train la dégradation par oxydation des hydrates de carbone dans les cellules, dégradation qui est l'œuvre des phosphatases et dont l'activité est influencée d'une façon décisive par les ions. Or ceux qui activent la dégradation sont les ions K, OH, phosphate, tandis que les ions Ca, Mg et l'hyperosmose ont une action inverse. On retrouve ici, groupés de la même façon, les éléments de la formule de Loeb. Le groupement humoral des ions tétanigènes spécifiques et les processus cellulaires correspondants verraient donc se réaliser le lien commun cherché dans l'activité de la phosphatase. Que la dégradation des combinaisons phosphatiques organiques augmente, et les phosphates libérés des cellules viendront exercer une action désionisante et précipitante sur le Ca. Ce processus entrerait en jeu dans le phénomène de Trousseau, la pression sur les fibres nerveuses déclanchant une dégradation accélérée des phosphates qui rencontrent les ions Ca des humeurs à la jonction myo-neurale, déterminant la déviation du quotient $\frac{N}{Ca}$ nécessaire pour la contracture spasmodique. Ce ne sont pas seulement les contractures diverses, mais les symptômes de surexcitabilité nerveuse et les modifications de la chronaxie qui peuvent être rapportés étiologiquement à l'élévation du quotient de Loeb.

Parmi les conditions cellulaires des réactions tétaniques impossibles à exprimer dans la formule élargie de Loeb, il faut mentionner l'influence favorisante des nerfs autonomes, les substances paralysantes du vague diminuant l'excitabilité électrique des muscles et la prédisposition aux contractures dans la tétanie par hyperpnée, les chocs psychiques, les accès de fièvre grâce à l'alcalose qui les accompagne souvent au début, les irradiations ultraviolettes, etc.

Inversement, on constate, conformément à la formule élargie de Loeb, que les modifications exogènes ou endogènes du métabolisme intermédiaire dans le sens de l'acidose exercent une influence antitétanigène, vraisemblablement par l'intervention d'une augmentation de l'ionisation du Ca. Dans ce sens agissent l'accumulation d'acide à la suite du travail musculaire intense, les intoxications alimentaires des nourrissons, les néphrites, le jeûne, l'administration d'acides et de sels ammoniacaux inorganiques, de sels minéraux de Ca, divers narcotiques, le sucre dont l'action antitétanigène est complexe. L'acidose, qu'elle soit endogène ou exogène, a pour conséquence une élimination augmentée des phosphates et du calcium, et, lorsqu'il existe de l'hypocalcémie, un relèvement habituel de la calcémie avec abaissement de la phosphatémie, élévation de la concentration en ions H du sang et chute de la réserve alcaline, en un mot déviation du quotient élargi de Loeb dans le sens antitétanigène.

En somme, on peut dire actuellement que la « désionisation » du Ca jointe aux facteurs déterminants et favorisants de la formule élargie de Loeb dans le sang et au niveau du métabolisme tissulaire permet de se rendre assez bien compte de la genèse et de la disparition des réactions tétaniques; mais il ne faut pas oublier que ce n'est pas une condition isolée, mais bien le groupement des divers facteurs, qui détermine le résultat final.

P.-L. Marie.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

M. Castex et **E. Capdehourat.** ***La physio-pathogénie de la cyanose dans les affections broncho-pulmonaires chroniques (réalisant le syndrome des « cardiaques noirs »)*** [*La Prensa Medica Argentina*, t. XIX, n° 15, 30 Octobre 1932]. — Cyanose, polyglobulie, somnolence, telle la triade symptomatique qui distingue les « cardiaques noirs ».

La cyanose observée dépend essentiellement du taux de l'hémoglobine non saturée. Dans les sangs artériels et veineux, elle dépend de la moyenne de ces taux.

Ceux-ci diminuent dans les cas d'anoxémie anoxique, d'insuffisante rénovation gazeuse. La cyanose apparaît quand la tension de l'oxygène dans l'air alvéolaire s'abaisse au-dessous de 80 mm de Hg. Le rapport du volume de l'oxygène à la capacité respiratoire, normalement de 95 pour 100, devient inférieur à 85 pour 100.

Certains auteurs soutiennent que la cyanose des cardiaques demeure réfractaire à l'inhalation d'oxygène. C. et C. professent une opinion inverse; ils ont observé la réduction, rapide, mais transitoire, du taux d'acide lactique.

Causes accessoires, ou moins fréquentes, de la cyanose :

1° *Insuffisance de la réoxygénation* par : stase pulmonaire, hypercapnie, hyper-viscosité sanguine, hyper-globulie;

2° *Insuffisance de la désoxygénation* par : stase périphérique, augmentation du métabolisme basal, altérations colloïdales de l'hémoglobine.

G. d'Heucqueville.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

P. Cossio et **I. Berconski** ***L'effet hémodynamique des prétendues hormones cardiaques dans l'insuffisance du myocarde*** (*La Semana medica*, t. XXXIX, n° 224, 27 Octobre 1932) — Etude comparative des médications classiques (digitale) et de la médication proposée, par extraits musculaires (dits improprement hormones cardiaques).

L'auteur apporte 2 observations complètes. Les deux malades sont étudiés: 1° au repos, en état de jeûne, sans médication; 2° sous l'influence de digitale seule; 3° sous l'influence à la fois de la digitale et des hormones cardiaques; 4° des hormones seules; 5° à nouveau de la digitale seule.

Les deux malades (hypertension à crises d'angor et hypertrophie cardiaque) ont été étudiés des points de vue du pouls, du rythme respiratoire, de la capacité vitale, de la ventilation pulmonaire, de la vitesse du sang, de l'oxémie artérielle et veineuse, de la capacité fonctionnelle.

Dans les deux cas, l'insuffisance fonctionnelle s'est aggravée quand le malade a été soumis aux seules hormones: elle s'est amendée aisément dès qu'il a reçu à nouveau de la digitale. Les auteurs estiment en conséquence qu'on ne saurait établir de comparaison entre les deux méthodes.

G. d'Heucqueville.

F. Puchulu. ***La relation cétogènes-anticétogènes dans le traitement du diabète infantile*** (*La Semana medica*, t. XXXIX, n° 225, 3 Novembre 1932). — Le rapport des cétogènes aux anticétogènes est le rapport de la quantité des acides gras à la quantité de glucose. Ces dernières quantités sont données respectivement par les formules: 0,46 P × 0,90 F, et C × 0,58 P × 0,10 F, P représentant les substances protéiques, F les graisses, C les hydrates de carbone.

Les régimes hyper-gras ont un rapport cétogènes-anticétogènes supérieur à 1.

Les régimes à quotient cétogènes-anticétogènes élevé favorisent l'acidose, mais ne retardent pas le développement de l'enfant diabétique. Les régimes à quotient bas corrigent l'acétonurie, diminuent l'acidose, stabilisent la glycémie et facilitent le développement. Ce sont ces régimes qu'il faut établir.

La cétonurie, même sans glucosurie, comporte un risque d'acidose plus grand chez l'enfant que chez l'adulte.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago)

John L. Yates (Milwankee). ***Abcès pulmonaires*** (*Archives of Surgery*, t. XXV, n° 2, Août 1932). — Cet article est basé sur 4 cas d'abcès à propos desquels Y. rappelle quelques conclusions pratiques bien connues. De ces 4 cas, 2 ont succédé à des opérations sur les amygdales et, à ce propos, Y. conseille pour éviter les abcès pulmonaires à la suite des opérations sur le naso-pharynx de pratiquer autant que possible ces opérations à l'anesthésie locale et d'éviter d'une façon générale toutes les causes traumatiques ou infectieuses qui peuvent favoriser l'apparition d'une infection locale et surtout d'une phlébite.

Les 4 cas sont décrits longuement avec radiographies à l'appui.

Le premier est un abcès pulmonaire qui a été très amélioré à la suite de phrénicectomie et du drainage postural.

Le deuxième présentait des abcès pulmonaires multiples dans un lobe; il a été traité avec une amélioration progressive par la section physiologique du phrénique et une thoracectomie segmentaire.

Le troisième cas est un abcès gangreneux compliqué de pleurésie purulente traité par le drainage et suivi de mort.

Enfin le quatrième cas, abcès pulmonaire important, a été traité par une thoracoplastie totale en 4 temps et a été suivi d'une amélioration considérable.

F. d'Allaines.

Richard F. C. Kegel (Baltimore). ***Epithélioma adamantin*** (*Archives of Surgery*, t. XXV, n° 3, Septembre 1932). — 35 cas d'épithélioma adamantin font l'objet du rapport de Kegel. Il rappelle tout d'abord que ces tumeurs semblent plus fréquentes dans la race noire, atteignent les sujets jeunes de 1 à 40 ans et surtout aux environs de la 25e année et siègent dans les 3/4 des cas au niveau du maxillaire inférieur.

L'épithélioma adamantin forme une tumeur centro-osseuse qui déforme l'os et le souffle par l'intérieur. L'étude anatomo-pathologique montre que ces tumeurs peuvent être soit kystiques (13 cas), soit solides (13 cas), soit mixtes (8 cas); elles ont une couleur gris blanc, une consistance ferme et histologiquement on retrouve à l'intérieur de ces tumeurs et à un degré de développement variable tous les organes et toutes les cellules de l'organe adamantin depuis les formes embryonnaires jusqu'aux formes adultes.

La partie radiologique est traitée par K. avec l'appui de bons clichés. La figure la plus fréquente est celle d'une masse polykystique qui détruit l'os suivant un contour net, c'est même la règle, mais toutefois il faut signaler des cas où l'épithélioma se présente sous une forme monokystique et donne à la radiographie une image unique, homogène, de contour net et de diagnostic parfois difficile avec les kystes dentaires.

Le pronostic de l'épithélioma adamantin est surtout assombri par les récidives et K. montre avec sa statistique et avec l'aide de celles d'autres chirurgiens que le curettage local entraîne après lui 79 pour 100 de récidives de la tumeur, récidives à plus ou moins longue échéance puisque certaines ne surviennent qu'au bout de onze ans.

Le traitement est assez difficile à envisager car on hésite devant une mutilation étendue pour une tumeur qui, somme toute, n'est pas maligne et d'un autre côté les opérations limitées entraînent la récidive. D'une façon générale, K. conseille, dans les cas où il s'agit d'une poche bien limitée, d'apparence monokystique à la radiographie, entourée d'os avec des limites particulièrement nettes, de pratiquer un curettage large de la tumeur avec cautérisation chimique ou ignée de la loge du néoplasme. Dans les cas au contraire plus fréquents, où il s'agit soit d'une récidive, soit d'une forme polykystique, le traitement doit être une résection partielle ou une hémi-résection de la mâchoire. On s'est attaché assez souvent à conserver un pont osseux au niveau de la résection pour s'opposer à la déformation de la mâchoire: ce pont osseux est quelquefois l'origine de récidives; on comprend aisément celles-ci si l'on se rappelle que l'épithélioma adamantin possède des petits prolongements sous forme de masses kystiques qui peuvent essaimer entre les deux tables de l'os au voisinage de la tumeur. Cette tumeur, par ailleurs, n'est pas essentiellement maligne et, à la longue, la mort vient plutôt par fistulisation et infection chronique plutôt que par généralisation ou métastases qui sont ici inconnues.

F. d'Allaines.

ANNALS OF SURGERY
(Philadelphie)

A. W. Allen. ***Résultats obtenus dans le traitement de la maladie de Raynaud par la neurectomie sympathique et dans la thrombo-angieite oblitérante par la désensitization des nerfs sensitifs périphériques*** (*Annals of Surgery*, Novembre 1932). — Sur 11 sujets atteints de maladie de Raynaud il a été pratiqué 23 neurectomies sympathiques dont 15 cervico-dorsales et 8 lombaires. Dans les neurectomies lombaires, il y a eu guérison dans tous les cas et aucun retour de l'influence vaso-motrice sur le pied après un espace de douze à quatorze mois. Dans les neurectomies cervico-dorsales, les résultats sont moins bons et on note 11 fois sur 15 une récidive.

10 malades ont été opérés pour des troubles vasomoteurs non primitifs, mais secondaires à une autre affection (sclérodermie, arthrite, traumatisme ou infection périphérique, etc.). On a pratiqué chez eux 14 neurectomies sympathiques dont 9 cervico-dorsales et 5 lombaires. Dans les neurectomies lombaires, il n'y a eu aucune récidive. Dans les cervico-dorsales, les résultats ont été meilleurs que pour la maladie de Raynaud : 6 guérisons et 3 récidives.

29 cas de thrombo-angieite oblitérante avancée furent traités par la désensitization des nerfs sensitifs à l'aide d'injections d'alcool. La perte de la sensibilité s'est montrée peu gênante; les nerfs ont régénéré en un espace de quatre à douze mois. 12 cas ont nécessité une amputation importante. Sur les 17 autres cas, presque tous ont perdu quelques parties des orteils, mais en conservant un pied utile; ces résultats ne sont peut-être que temporaires, quoique beaucoup aient des extrémités non douloureuses depuis un à trois ans. Dans une série antérieure de 21 cas non traités par ce procédé, le pourcentage des grosses amputations fut plus de deux fois plus grand.

M. Guimbellot.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

Titus, Messer et **Mac Clellan.** ***Augmentation des corps guanidiques dans l'éclampsie*** (*American Journal of Obstetrics and Gyneco'ogy*, t. XXIV, n° 5, Novembre 1932). — Titus rappelle, d'abord, ses belles recherches sur le rôle de l'hypoglycémie dans l'éclampsie, que nous avons analysées ici-même. Reste à expliquer l'hypoglyémie et la faillite du glycogène. Il se demande s'il ne faut pas incriminer un excès de guanidine: la synthaline dont on sait l'action sur la glycémie n'est-elle pas un dérivé de la guanidine?

Or, l'administration de guanidine détermine des lésions du foie et du rein et des symptômes qui rappellent ceux de l'éclampsie: hypoglycémie, hyperuricémie, augmentation de l'acide lactique, hypertension, œdème, convulsion. De belles microphotographies illustrent ce mémoire.

Il est regrettable que T. n'ait pas eu connaissance du mémoire de Malméjac paru dans *Gynécologie et obstétrique* en 1931 sur l'hyperguanidinémie de l'éclampsie. Henri Vignes.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

P. H. Long, E. A. Bliss et **H. M. Carpenter.** ***Note sur la transmission des rhumes*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LI, n° 5, Novembre 1932). — L., B. et C. ont eu la chance de pouvoir observer 2 cas de contagion de catarrhe rhinopharyngé commun durant la période d'incubation. 2 chimpanzés sur une série de 9, isolés strictement et surveillés bactériologiquement au point de vue affections respiratoires, présentèrent un rhume typique avec écoulement nasal abondant, élévation de température, leucocytose, puis obstruction nasale durant plusieurs jours; ils avaient été visités quarante-huit heures avant par un aide alors bien portant, qui présenta le jour suivant un catarrhe typique sévère, qui dura deux semaines. C'est donc en période d'incubation, avant l'apparition de tout signe visible, que ce sujet a transmis le catarrhe saisonnier au chimpanzé.

Si, dans un cas, il avait pénétré dans la cage du chimpanzé sans masque, dans l'autre, il était masqué et on en peut déduire que le masque n'assure pas une protection complète contre la dissémination d'un agent infectieux.

Le catarrhe des voies respiratoires supérieures que l'on appelle communément « grippe » est transmissible durant la période d'incubation.

Robert Clément.

THE LANCET
(Londres)

C. James. ***La guérison rapide des ulcères tropicaux par la méthode des greffes*** (*The Lancet*, n° 5699, 19 Novembre 1932). — On sait combien sont rebelles à la cicatrisation les ulcères tropicaux qui sont différents des ulcères variqueux par leur siège, par la présence d'œdème et par le peu d'influence du repos. J. a cherché le mode le plus rapide et le moins coûteux de guérison des ulcères tropicaux. Il a expérimenté diverses méthodes : curettage et ensuite greffes de Thiersch, pansements jusqu'à asepsie de l'ulcère et ensuite greffe de peau saine, excision de l'ulcère et trois à sept jours plus tard greffes, enfin, la dernière méthode qui s'est révélée la meilleure: excision totale et large, greffe immédiate malgré les hémorragies possibles. La guérison se fait alors en douze à quinze jours avec tissu cicatriciel rejoignant les greffons. Il y a peu de récidives si l'excision des parties atteintes a été largement faite en surface et en profondeur. Sur 45 cas, 91 pour 100 de succès complet, 7 pour 100 de succès partiel, 2 pour 100 d'insuccès; moyenne de temps de cicatrisation: treize jours. Dans quelques cas, un traitement adjuvant a été pratiqué: méthode de shock par T.A.B. intraveineux, traitement général par huile de foie de morue, fer. L'autohémothérapie n'a pas eu le succès qu'on attendait. André Plichet.

R. Rowlands et **Lévy Simpson.** ***L'anémie pernicieuse consécutive à la gastrectomie et à la gastro-jéjunostomie*** (*The Lancet*, n° 5701, 3 Décembre 1932). — Actuellement nombre d'au-

A renvoyer immédiatement au **Guide Rosenwald,** *99, rue d'Aboukir, Paris (IIe)*

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

INSERTION ENTIÈREMENT GRATUITE DANS LA PROCHAINE ÉDITION DU ROSENWALD

Le Guide ROSENWALD 1933-34 qui paraîtra au cours de l'été 1933 sera remis **gratuitement** au Signataire, sur présentation de sa carte, 99, rue d'Aboukir, PARIS (IIe). Port à domicile par poste recommandée : 5 francs (timbres ou versement à notre C. C. P. PARIS 405-75).

Nom et Prénom usuel : ....

Faculté et date de la thèse : .... *Décorations :* ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

Jours et heures de consultations : .... *N° de téléphone :* ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) (1) ....

Nom et adresse du prédécesseur (1) : .... *Signature :* ....

Date ....

(1) Ces deux renseignements utiles au contrôle ne sont pas publiés.

teurs pensent qu'il existe des relations certaines entre l'achylie et l'anémie pernicieuse. Les récentes recherches de Castle semblent le confirmer et le fait que beaucoup d'anémies pernicieuses guérissent par la poudre d'estomac de porc est une preuve que les glandes de l'estomac sécrètent une substance autre que l'HCl et la pepsine, qui a une action sur les organes hématopoïétiques. Il était naturel de penser que l'on devait rencontrer des cas d'anémie pernicieuse après gastrectomie et gastro-jéjunostomie qui suppriment réellement ou fonctionnellement une partie des glandes de la muqueuse stomacale.

R. et S. ont réuni 15 observations. 5 cas de cancer, le reste des cas étaient des ulcères d'estomac. L'anémie fit son apparition d'une façon variable, parfois neuf ans après l'opération. A ces 15 cas, ils ajoutent deux cas personnels d'anémie post-opératoire qui s'accompagnèrent de dégénération de la moelle.

André Plichet.

F. Brockington et **R. Lightwood**. ***L'ulcération duodénale chez les nourrissons*** (*The Lancet*, n° 5701, 3 Décembre 1932). — B. et L. rapportent les observations de deux nourrissons âgés respectivement de 10 semaines et de 2 semaines qui sont morts d'ulcération du duodénum. Le tableau clinique fut semblable à celui des 200 cas que l'on retrouve dans la littérature médicale, c'est-à-dire arrêt de l'accroissement, vomissements et douleurs après la prise de la nourriture. Le mélæna et les hématémèses s'observent dans la moitié des cas ainsi que la diarrhée. Les nourrissons ne dépassent guère l'âge de 5 mois.

Le diagnostic est des plus difficiles. 160 cas sur 200 ont été reconnus à l'autopsie. Le diagnostic devrait être fait plus fréquemment et quand un enfant au-dessous de 5 mois cesse de prendre du poids il faudrait y penser. Le pronostic est très sombre. La mort survient par inanition, parfois par perforation (11 cas) ou par hémorragie massive. Au point de vue pathologique, l'ulcération est simple ou multiple. Elle siège toujours sur la paroi postérieure du duodénum entre le pylore et l'ampoule de Vater. La pathogénie n'est pas encore éclaircie.

André Plichet.

W. Sargent. ***Traitement des séquelles nerveuses de l'anémie par le fer à hautes doses*** (*The Lancet*, n° 5703, 17 Décembre 1932). — S. a traité et amélioré 6 cas de dégénération subaiguë de la moelle et 3 cas où les cordons postérieurs de la moelle étaient atteints, par des doses massives de fer. Celui-ci fut donné sous formes de pilules de Blaud à la dose de 150 par jour soit 4 gr. 50 de sulfate ferrique environ.

Dans 5 des cas, le fer a, soit remis en état, soit maintenu le chiffre de globules rouges. Dans les cas où l'anémie avait été traitée par l'hépatothérapie, la substitution du fer amena une baisse des globules rouges mais par contre une amélioration nette des phénomènes nerveux. Il est possible que d'autres maladies nerveuses qui ont pour base un trouble de la nutrition puissent être améliorées par cette médication ferrique intensive.

André Plichet.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

M. Ascoli et **M. Lucacer**. ***Le pneumothorax contro-latéral primaire*** (*La Riforma medica*, t. XLVIII, n° 32, 6 Août 1932). — Le pneumothorax contro-latéral primaire agit en diminuant la tension élastique du poumon et la position respiratoire moyenne de Bohr; le poumon opposé se distend moins pendant la respiration et subit moins de tiraillements. Le pneumothorax contro-latéral primaire est indiqué: 1° dans les cas de lésions unilatérales où des adhérences rendent impossible le pneumothorax homolatéral, où la thoracoplastie est contre-indiquée et où la phrénicectomie doit être peu efficace; 2° dans les cas où le pneumothorax homolatéral reste partiel et inopérant, dans ceux où il est « anti-électif » et dans les cas de cavernes suspendues (cavernes maintenues béantes par des adhérences s'insérant à leur niveau). L'institution du pneumothorax contro-latéral primaire est subordonnée à la possibilité du déplacement du médiastin et à la liberté de la plèvre correspondante; une section de brides du côté du pneumothorax contro-latéral peut être indiquée.

Sur les 18 cas observés par A. et L., les résultats ont été 10 fois lents et tardifs, comme ceux du pneumothorax banal sur les lésions du poumon opposé, 3 fois rapides comme ceux du pneumothorax banal sur les lésions du poumon comprimé et 5 fois nuls; dans deux de ces derniers cas, l'échec est attribuable à la rigidité du médiastin; dans les trois autres, l'échec reste inexpliqué.

Les meilleurs résultats sont obtenus par l'association du pneumothorax contro-latéral primaire avec la phrénicectomie homo-latérale; il semble préférable de faire le pneumothorax avant la phrénicectomie.

Lucien Rouquès.

G. Spagnoletti. ***Les érythrocontes de Schilling dans les maladies du sang et leur existence dans d'autres affections non hématologiques*** (*La Riforma médica*, t. XLVIII, n° 34, 20 Août 1932). — Les érythrocontes de Schilling sont des inclusions érythrocytaires qui se présentent sous la forme de petits bâtonnets de 2 à 4 microns qui se colorent en bleu pâle par les colorants vitaux ou par le Giemsa en solution faiblement alcaline. S. les a rencontrés dans l'anémie pernicieuse (10 cas sur 14), dans les leucémies, dans la maladie de Werlhof, dans la lympho-granulomatose et dans des affections spléniques (atrophie, tumeur); ils sont rares dans les anémies secondaires. Les érythrocontes existent aussi chez les cardiaques décompensés, les paludéens, les paralytiques généraux, etc. Leur constatation indique une érythropoïèse anormale, qui est peut-être sous la dépendance d'altérations hépatiques. Les érythrocontes ne proviennent pas de la substance basophile des éyrthrocytes, car on peut les trouver en l'absence de toute polychromatophilie; ils dérivent de l'appareil sarcoplasmatique central hypertrophié des hématies.

Lucien Rouquès.

A. Panagia. ***L'équilibre acido-basique dans la gale et ses rapports avec les principaux troubles subjectifs qui accompagnent le processus morbide*** (*La Riforma medica*, t. XLVIII, n° 41, 8 Octobre 1932). — Dans tous les cas de gale étudiés par P. existait une acidose plus ou moins accentuée, révélée par la baisse de la réserve alcaline et la résistance des urines à l'alcalinisation par l'ingestion de bicarbonate de soude. Le prurit, la sensation de brûlure paraissent dépendre pour une grande part de cette acidose, car ils sont atténués par la thérapeutique alcalinisante; cette thérapeutique n'a, par contre, pas d'action bien nette sur les lésions cutanées.

Lucien Rouquès.

M. Massa. ***Sensibilisation à la lumière et porphyrines dans des affections d'étiologie et de pathogénie obscures (pellagre, délire aigu); note préliminaire*** (*La Riforma medica*, t. XLVIII, n° 44, 29 Octobre 1932). — Dans les urines de deux malades atteints de pellagre, M. a trouvé de la coproporphyrine en forte quantité et de l'uroporphyrine en faible quantité, mais à la condition d'opérer sur les urines à peine émises; après douze heures d'exposition à la lumière, les urines ne contenaient plus que des traces des substances photodynamiques. La même constatation a été faite sur les urines de malades atteints de syndromes nerveux mal classés, se terminant par un délire aigu mortel et s'accompagnant de manifestations cutanées rappelant par leur topographie celles de la pellagre. Il paraît donc justifié de prendre en sérieuse considération l'hypothèse d'un facteur pathogénique de sensibilisation à la lumière dans la pellagre et les états voisins. Le rôle du maïs paraît discutable, car on n'en a jamais isolé de substances photosensibilisantes, et parce que la pellagre peut se développer chez des sujets qui n'ont jamais pris de maïs. L'origine phototoxique de la pellagre serait la conséquence d'une formation anormale de porphyrines relevant d'un trouble de leur métabolisme, où le foie peut jouer son rôle, le tout étant sous la dépendance d'une avitaminose B ou d'une carence qualitative des amino-acides dans l'alimentation.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

G. Lenarduzzi. ***Etude radiologique de la plèvre normale et des réactions pleurales légères*** (*Minerva medica*, 23e année, t. II, n° 41, 13 Octobre 1932). — Avec de bons clichés et un temps de pose très court, on peut obtenir des images radiographiques de la plèvre normale; la plèvre apicale se traduit par un mince liséré qui suit la 2e côte depuis sa tête jusqu'à la paroi latérale du thorax (ombre satellite de la 2e côte) et par un autre liséré qui suit le bord latéral du thorax au-dessous de la 2e côte (ombre satellite latérale). La plèvre interlobaire a pour image une ligne opaque très mince, horizontale, légèrement oblique ou en forme de courbe à grand rayon, dont le niveau est compris entre ceux de l'insertion sternale des 2e et 4e cartilages (ligne capillaire horizontale); on peut également voir l'extrémité inférieure de la scissure interlobaire (ligne capillaire inféro-latérale) et la plèvre des lobes anormaux: lobe azygos, lobe apico-dorsal, lobe inférieur accessoire (ligne capillaire inféro-médiale). En utilisant la technique de Béclère, c'est-à-dire en plaçant le malade de façon à ce que les rayons soient parallèles à la direction de la plèvre, on peut mettre en évidence la plèvre costale, la plèvre médiastinale, celle du bord antérieur du poumon droit et celle du cul-de-sac pleural postérieur.

A l'état pathologique, les ombres sont plus grossières, leur trajet est atypique, leur opacité n'est plus uniforme, des dentelures et des ramifications rendent leurs contours irréguliers. Certaines portions de la plèvre, qui sont invisibles normalement, deviennent visibles lorsqu'elles sont malades.

Lucien Rouquès.

A. Costa. ***Les injections intraveineuses d'alcool dans la gangrène circonscrite du poumon*** (*Minerva medica*, 23e année, t. II, n° 43, 27 Octobre 1932). — C. a utilisé, dans deux cas de gangrène circonscrite du poumon, dans un cas de bronchiectasie avec gangrène et dans un cas d'abcès du poumon, des injections intraveineuses quotidiennes de 10 à 20 centicubes d'une solution obtenue en ajoutant à 40 centicubes d'alcool éthylique absolu la quantité voulue de sérum salé physiologique ou de sérum glucosé à 40 pour 100 pour obtenir au total 100 centicubes. Les injections n'ont donné lieu à aucun accident; elles s'accompagnent seulement d'une douleur très vive qui suit le trajet de la veine et remonte jusqu'au sternum et qui cesse rapidement; après plusieurs injections, la thrombose des veines est la règle, mais

elle ne paraît pas définitive. La guérison des affections pulmonaires a suivi rapidement, dans les 4 cas, la mise en train du traitement; il semble qu'il s'agisse bien d'une action thérapeutique réelle et non d'une pure coïncidence.

LUCIEN ROUQUÈS.

RINASCENZA MEDICA
(Naples)

B. Sorrentino. ***Un cas exceptionnel de fibrolipomatose multiple ayant pris rapidement un développement considérable au cours d'une grossesse*** (*Rinascenza medica*, t. IX, n° 22, 15 Novembre 1932). — L'influence de la gravidité sur le développement des tumeurs expérimentales a été appréciée par les biologistes de façons diamétralement opposées; Haaland, Kross, Barbanti, etc., pensent que la gravidité a un pouvoir d'inhibition; Lindstedt, Lewin, Askanazy et Herzog, etc., estiment qu'elle favorise le développement des tumeurs. S. rapporte l'observation d'une femme de 30 ans présentant depuis l'âge de 12 ans une tumeur de la région sacrée du volume d'une noisette et 3 ou 4 tumeurs minuscules sur les jambes; au troisième mois d'une grossesse, la tumeur sacrée a pris rapidement des dimensions énormes, formant une véritable besace descendant jusqu'à mi-cuisses, tandis que d'innombrables petites tumeurs apparaissaient sur tout le corps; l'accouchement a été suivi d'une involution des tumeurs telle qu'au bout de quinze jours la tumeur sacrée était diminuée de moitié. L'examen histologique a montré pour certaines tumeurs un aspect de lipome, et pour d'autres un aspect de fibro-myxome.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

A. Cionini et V. G. Barone. ***Importance physio-pathologique et clinique de l'étude comparée des principaux composants chimiques du sang et des exsudats et transsudats*** (*Archivio per le Scienze mediche*, t. LVI, n° 9, Septembre 1932). — Des recherches poursuivies sur 35 malades ont conduit C. et B. aux conclusions suivantes:

1° Dans les exsudats de la plèvre, la teneur en sérine et en globuline peut varier dans des limites assez étendues et leur rapport peut être inférieur ou supérieur à celui qui existe au même moment entre les taux de ces deux éléments dans le sang. Les valeurs les plus basses du rapport et les chiffres les plus élevés des protéines totales ont été observés dans les cas où la maladie a eu une évolution particulièrement grave.

2° Les caractères des épanchements cancéreux de la plèvre sont intermédiaires entre ceux des exsudats et des transsudats, réserve faite de la réaction de Rivalta qui est constamment positive. Le rapport sérine-globuline s'y comporte comme dans le sang, tout en lui étant légèrement supérieur. La teneur en cholestérine est plus faible que dans les épanchements d'autres causes, ce qui peut constituer un signe différentiel dans les cas douteux.

3° Dans le liquide d'ascite des cirrhoses, dans les hydrothorax des malades atteints de néphrite et des anémiques, le quotient albumineux varie parallèlement à celui du sang, qui peut lui être supérieur ou inférieur. Dans les hydrothorax des asystoliques, et surtout dans ceux des malades atteints de néphrose, le quotient est beaucoup plus élevé que dans le sang; les hydrothorax des néphroses sont plus pauvres en protéines que les autres transsudats.

4° La cholestérine est moins abondante dans les transsudats que dans les exsudats; elle présente une certaine proportionnalité avec la teneur en protéine, mais n'a pas de rapport avec la cholestérinémie qui, dans la règle, est plus élevée. Le taux des chlorures est plus élevé dans les transsudats que dans le sérum; dans les exsudats, les chlorures sont en quantité égale ou légèrement supérieure à ceux du sang. Le glucose est moins abondant dans les épanchements que dans le sang; les transsudats en contiennent plus que les exsudats. Les taux de l'azote non protéique, de l'acide urique, des aminoacides sont à peu près les mêmes dans les épanchements et dans le sang.

5° Dans le liquide des kystes de l'ovaire, l'azote non protéique est nettement moins abondant que dans le sérum et le glucose n'existe qu'à l'état de traces infimes.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

V. G. Barone et A. Costa. ***Sur l'administration de caséine et d'aminoacides aux sujets sains et aux diabétiques*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XII, n° 1, Septembre 1932). — Un repas de 40 gr. de caséine a chez la plupart des diabétiques une action hyperglycémiante qui manque chez les sujets sains; d'après les caractères de cette hyperglycémie et le comportement du métabolisme protéique et des échanges gazeux pendant la même période, il semble qu'il ne s'agit pas d'une hyperglycémie par transformation, mais d'une hyperglycémie par stimulation; le facteur responsable n'est ni un phénomène d'acidose, ni l'hyperamino-acidémie provoquée par le repas de caséine, ni la présence dans celle-ci de tyrosine ou de tryptophane.

L'ingestion de caséine et de tyrosine, l'injection intraveineuse de tyrosine, de tryptophane ou de glycocolle produisent sensiblement les mêmes modifications de l'amino-acidémie chez les sujets sains et chez les diabétiques; l'action dynamique spécifique, c'est-à-dire l'augmentation de chaleur corporelle, provoquée par l'ingestion ou l'injection des mêmes substances, peut manquer chez les sujets sains et chez les diabétiques et, dans le cas contraire, présente des caractères analogues. L'action dynamique spécifique qu'accompagne en général l'augmentation du quotient respiratoire est parallèle à la courbe de l'amino-acidémie, mais elle peut exister même lorsqu'il n'y a pas une hyperamino-acidémie prononcée; elle paraît dépendre d'une stimulation produite par les acides aminés. Chez les diabétiques, l'action dynamique spécifique est d'autant plus faible que le métabolisme basal est plus élevé, sans qu'il y ait entre eux une proportionnalité inverse rigoureuse. L'insulinothérapie n'a pas d'action sensible sur l'action dynamique spécifique.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO DELL' ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO
(Milan)

C. Papp et G. Antognini. ***Contribution à l'étude du purpura thrombopénique*** (*Archivio dell' Istituto biochimico italiano*, t. IV, n° 3, Août 1932). — Ce travail est basé sur 3 observations: la première est celle d'un enfant de 11 ans, mort de tuberculose qui ne semble avoir joué qu'un rôle aggravant sur le purpura; l'examen capillaroscopique a montré des altérations des capillaires: sinuosité du trait intercalaire, diminution de calibre de tous les vaisseaux avec nombreuses dilatations variqueuses. A l'autopsie, la rate présentait une raréfaction marquée des éléments lymphoïdes, une augmentation des cellules de la pulpe et une forte sclérose des artérioles. Les mégacaryocytes étaient en nombre normal, mais de taille très inégale, avec des noyaux fortement basophiles sans architecture visible; dans certains éléments, les granulations protoplasmiques confluaient et formaient des masses homogènes. Le deuxième malade présentait un purpura chronique et une fièvre tierce dont les accès déclenchaient des poussées purpuriques. Le troisième avait un purpura en apparence essentiel sur lequel la protéinothérapie lactée a eu une action heureuse.

Le purpura n'est qu'un symptôme produit par une lésion d'étiologie connue ou inconnue touchant l'appareil mégacaryocytaire et les capillaires; il est impossible d'admettre que le taux des plaquettes présente une limite critique invariable au-dessous de laquelle apparaîtraient les hémorragies. Le purpura chronique est une myélose partielle mégacaryocytaire, une dysplasie mégacaryocytique.

LUCIEN ROUQUÈS.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

A. Orsi et L. Pontoni. ***L'action de l'acide adénilique sur le cœur et les vaisseaux, confrontée avec la théorie des hormones cardiaques*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXIII, n° 8, Août 1932). — Le principe actif des extraits d'organes qui ont été considérés comme des hormones circulatoires, serait pour certains auteurs l'acide adénilique. Ce n'est qu'avec des doses très minimes (2,5 milligr.) que l'on observe parfois un ralentissement du rythme; aux doses de 1 à 4 centigr. par voie intraveineuse, il se produit presque toujours une tachycardie avec phénomènes de blocage (augmentation du temps de conduction, dissociation auriculo-ventriculaire); cette tachycardie est de courte durée et s'accompagne d'une augmentation de l'ampleur du rythme respiratoire et souvent aussi de sa fréquence; le malade ressent une impression de chaleur diffuse et s'il souffre d'une oppression rétro-sternale, cette oppression diminue; elle peut également être soulagée par l'administration prolongée par voie buccale de petites doses: 2,5 milligr. L'acide adénilique produit une dilatation des vaisseaux périphériques ou une réaction biphasique caractérisée par une vasodilatation puis une vaso-constriction, suivant la dose utilisée et la réactivité du sujet.

Par son action accélératrice sur le cœur et d'augmentation d'amplitude du pouls, l'acide adénilique se rapproche des hormones cardiaques au sens de Haberlandt, mais s'en écarte par la production de phénomènes de blocage; il semble pouvoir être classé dans le groupe des substances biogènes telles que l'histamine, la choline et l'adrénaline.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Ceruti et O. Maestri. ***La courbe d'absorption du CO^2 dans les anémies secondaires, l'anémie pernicieuse progressive et les leucémies*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXIII, n° 9, Septembre 1932). — C. et M. ont étudié la courbe d'absorption du CO^2 du plasma, du sang défibriné et des globules rouges dans 10 cas d'anémie secondaire, 5 cas d'anémie pernicieuse et 3 de leucémie myéloïde; dans presque tous, la courbe de dissociation du CO^2 présente une inclinaison moindre qu'à l'état normal. Dans les anémies secondaires, la courbe du CO^2 du plasma et celle du p_H en fonction de la tension du CO^2 traduisent un état d'acidose compensée; les courbes d'absorption du CO^2 du sang total et des globules rouges sont également plus basses que normalement; ces modifications paraissent dues à la diminution du nombre des hématies ou plutôt à la diminution de l'hé-



ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
Cas aigus : 4 à 5 pilules par jour pendant 5 jours.
Dose préventive : 2 pilules par jour pendant 15 jours.
ANTISPASMODIQUE PUISSANT - SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES - PLEURÉSIE
Dose diurogène : 3 à 4 cachets par jour pendant 5 jours.
Dose diurotonique : 1 à 2 cachets par jour pendant 10 jours.
CONTRE TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
Dose forte : 2 à 3 cachets par jour pendant 10 jours.
Dose cardiotonique : 1 cachet par jour pendant 20 jours.
ACTION IMMÉDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
Cas aigus : 5 cachets par jour pendant 6 jours.
Cure de diurèse : 2 cachets par jour pendant 15 jours.
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L.BOIZE ET G.ALLIOT
9, AVENUE JEAN JAURÈS LYON 7e



FÉTIDITÉ DE L'HALEINE
STOMOXYGÈNE
LAXATIF ET ANTISEPTIQUE GASTRO-INTESTINAL
Pastilles à base de péroxyde de magnésium émodine belladone et extraits biliaires
$2MgO^2 + 4HCL = 2MgCL^2 + 2H^2O + O^2$
PAR L'OXYGÈNE NAISSANT
Echantillon franco sur demande
1 à 3 Pastilles par jour avant le repas
LABORATOIRES S.E.B.I.C. St QUENTIN (AISNE)

moglobine; la compensation de l'acidose dépend d'une hyperventilation pulmonaire par excitation des centres respiratoires.

Dans les anémies pernicieuses, la courbe du plasma est normale ou tend à l'alcalose; celle des globules rouges dépasse toutes les autres, car les globules dont la taille et la teneur en hémoglobine sont augmentées ont une capacité plus grande d'absorber le CO^2. Dans l'ensemble, cependant, le sang est pauvre en substances régulatrices, comme le montrent l'aplatissement de la courbe du plasma et l'abaissement de celle du sang total. Dans les anémies graves, le pouvoir du sang d'absorber et de dissocier le CO^2 lorsque sa tension varie est diminué; l'absorption du CO^2 par les tissus et son élimination par le poumon s'effectuent avec difficulté; tout le cycle du CO^2 est troublé.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA (Parme)

M. Rigoni. ***Dysfonction élastique des vaisseaux centraux et hypertension artérielle*** (*Giornale di Clinica medica*, t. XIII, n° 14, 10 Octobre 1932). — Il existe un rapport étroit entre la fonction élastique des zones vaso-sensibles du système artériel (crosse aortique et sinus carotidiens) et l'excitabilité des filets nerveux qui leur aboutissent et qui enregistrent à ce niveau les pressions; aussi, lorsque le processus d'involution sénile ou des altérations pathologiques ont modifié l'élasticité des artères, l'excitabilité des filets nerveux par les stimulants physiologiques est-elle diminuée; cette hypoexcitabilité est susceptible de produire un état hypertensif ou des troubles variés de l'auto-régulation réflexe de la circulation. Il est exact que nombre d'hypertendus artérioscléreux présentent une exagération du réflexe de Pagano-Hering, mais elle ne traduit que l'hyperexcitabilité des sinus à des excitations artificielles portant sur leur paroi extérieure, sans préjuger de leurs réactions vis-à-vis des excitations physiologiques portant sur leur paroi interne.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE DI BATTERIOLOGIA E IMMUNOLOGIA (Turin)

A. Trivellini. ***Infections expérimentales et équilibre immunitaire*** (*Giornale di Batteriologia e Immunologia*, t. IX, n° 3, Septembre 1932). — T. a étudié dans des infections expérimentales par un staphylocoque pyogène doué d'un pouvoir pathogène élevé le mode d'action de diverses substances stimulantes (vaccin antistaphylococcique suivant la technique de Wright, autolysat microbien, lait stérilisé) injectées à des stades variés à partir du début. Elles provoquent une élévation notable de la température générale, bientôt suivie par l'augmentation du pouvoir phagocytaire et à un moindre degré du pouvoir bactéricide du sang, puis par l'accroissement de l'activité des cellules histiocytaires, particulièrement de celles du foie et de la rate.

Lorsque le processus infectieux se développe, les germes ne restent pas longtemps dans le sang; puis, selon l'état de l'animal, selon le germe pathogène et son degré de virulence, les microbes peuvent ou ne jamais réapparaître dans le sang, ou y réapparaître sous la forme d'une bactériémie modérée ou y subsister jusqu'à la fin avec des oscillations brusques de leur nombre. Le premier facteur de défense mis en évidence dans l'organisme infecté est l'augmentation du pouvoir phagocytaire, qui dépend probablement de la mise en circulation d'une plus grande quantité de globules blancs actifs. Le pouvoir bactéricide augmente dans les premiers stades de l'infection, mais souvent pour peu de temps; l'augmentation paraît en rapport avec la mise en liberté de principes antagonistes au cours de la destruction des germes. Le pouvoir agglutinant reste faible ou nul. Les germes s'accumulent surtout dans le foie et dans la rate et y augmentent à mesure qu'ils diminuent dans le sang. Les extraits d'organes, avant tout ceux du foie et de la rate, acquièrent peu à peu un pouvoir bactéricide élevé qui se développe après celui du sang, lorsque les germes commencent à disparaître des tissus. Parallèlement aux processus humoraux d'immunité, on observe une réaction parfois importante du système réticulo-endothélial et des lipoïdes.

LUCIEN ROUQUÈS.

MISCAREA MEDICALA ROMANA (Craiova)

M. Goldstein. ***Les recherches cito-architectoniques et les localisations cérébrales*** (*Miscarea medicala Romana*, 5e année, nos 5-6, Mai-Juin 1932). — G. rappelle les progrès des recherches sur la structure cérébrale dus aux travaux de Cajal, Campbel, Bowdman, Marinesco et Economo. Il décrit les cellules spéciales de certaines régions et attribue aux diverses couches des fonctions déterminées: les couches superficielles ont des fonctions réceptrices et d'association; les couches profondes, des fonctions efférentes.

G. décrit ensuite la structure des principaux centres, et de leurs fonctions. Il donne une description détaillée de la zone frontale, dont les cellules géantes constitueraient l'origine du faisceau pyramidal. Au niveau du lobe frontal se localisent les fonctions supérieures. Le développement important du lobe frontal est caractéristique de l'espèce humaine; mais le critérium de l'intelligence n'est pas le volume du cerveau; c'est le rapport du cerveau au développement corporel. La variété individuelle des zones cito-architectoniquse est infinie, expliquant la vie psychique individuelle.

HENRI KRAUTER.

I. Nicolau. ***Les relations entre l'herpès zoster et la varicelle*** (*Miscarea medicala Romana*, 5e année, nos 5-6, Mai-Juin 1932). — N. rappelle les observations initiales de Bokay à Budapest en 1888, et la communication de A. Netter à l'Académie de Médecine en 1920. Il expose les deux doctrines, uniciste et dualiste, pour se rallier finalement à la théorie uniciste modérée qui admet que seules, certaines formes d'herpès zoster peuvent être dues à la varicelle. La succession herpès zoster-varicelle serait 7 fois plus fréquente que celle de la varicelle-herpès zoster.

N. cite les arguments d'ordre clinique, épidémiologique et ceux tirés du laboratoire, de l'immunité et des recherches anatomo-pathologiques. Il rappelle aussi l'hypothèse de Vaglio et Flandin qui admettent l'existence d'un seul virus à l'action tantôt dermotrope, tantôt neurotrope. Pratiquement, il faut connaître les relations possibles entre l'herpès zoster et la varicelle, et prendre à temps des mesures prophylactiques.

HENRI KRAUTER.

ROMANIA MEDICALA (Bucarest)

Al. Crainiceano. ***Traitement de l'insuffisance ovarienne*** (*Romania Medicala*, t. X, n° 19, 1er Octobre 1932). — C. décrit le traitement médical, physiothérapique et chirurgical. Le traitement médical doit rétablir le déséquilibre neuro-végétatif et humoral. C. ordonne le *lactate de calcium*, à la dose de 5 gr. par jour pendant huit jours; l'hypoamphotonie diminue, le tonus vagal et sympathique revient à la normale; l'hypocalcémie disparaît en même temps que les phénomènes subjectifs. D'autre part, l'opothérapie de l'insuffisance ovarienne est actuellement la folliculine et le lobe antérieur de l'hypophyse. *La folliculine* est indiquée dans tous les cas d'insuffisance ovarienne avec aménorrhée. Elle produit la congestion des organes génitaux, elle est vaso-dilatatrice et hypotensive, d'où son indication dans l'hypertension de la ménopause. C. préfère la folliculine sous forme injectable, sous-cutanée et surtout intraveineuse. Dans ses recherches cliniques et de laboratoire, la folliculine par la voie intraveineuse s'est montrée remarquablement active. Le *lobe antérieur* de l'hypophyse est indiqué dans les cas de puberté retardée, d'oligoménorrhées et dans les aménorrhées secondaires aux infections ou intoxications chroniques. Les cures thermales oligo-métalliques, chlorosodiques sont indiquées. Borak a irradié l'hypophyse et la glande thyroïde: Salomon et Gilbert ont essayé d'irradier les surrénales et la thyroïde dans l'hypertension de la ménopause, en obtenant des améliorations. Pour modifier les conditions circulatoires locales on a préconisé la diathermie, les rayons infra-rouges, les applications galvaniques et faradiques. Le traitement chirurgical a soulevé la question des greffes ovariennes. Pettinari croit que l'organisme humain présente une aptitude réduite à la greffe. Les indications de la greffe ovarienne sont les aménorrhées persistantes, la stérilité, enfin les insuffisances ovariennes par hypoplasies génitales et la ménopause précoce.

HENRI KRAUTER.

V. V. Patrascano. ***Accès épileptiformes dus à l'appendicite*** (*Romania Medicala*, t. X, n° 22, 15 Novembre 1932). — Les cas d'appendicite qu'accompagnent des accès épileptiformes sont très rares. Amerigo Valerie a rapporté deux cas d'épilepsie guérie après appendicectomie (*La Presse Médicale*, 1917), Berndt et F. Berger, un cas d'épilepsie qui coïncida avec une crise d'appendicite. Gutmann a publié un cas où l'examen de l'appendice malade produisait des crises d'épilepsie.

P. cite l'observation d'un malade âgé de 20 ans, qui présentait depuis quatre ans des crises d'épilepsie devenant de plus en plus fréquentes. L'examen clinique et biologique s'étant montré négatif, P. fit le diagnostic d'appendicite sur la description d'une douleur vive de la fosse iliaque droite, précédant la crise d'épilepsie. L'appendicectomie amena la disparition complète des crises.

HENRI KRAUTER.

REVUE DES JOURNAUX

LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS
(Paris)

J. Castaigne et **J. Chaumerliac.** ***Densimétrie simple des urines fractionnées dès 24 heures comme méthode pratique d'appréciation de l'insuffisance rénale*** (*Le Journal Médical Français*, t. XXI, n° 11, Novembre 1932). — La densimétrie consiste à prendre la densité de chacun des échantillons d'urine émis pendant vingt-quatre heures par un sujet dont l'alimentation et la boisson (qui se rapprocheront le plus possible de la normale) doivent être précisées, et à relever les chiffres obtenus sur un graphique qui, du premier coup d'œil, fournit un renseignement de grand intérêt.

Il y a *imparidensité* lorsque les divers échantillons d'urine émise pendant le nycthémère ont des différences de densité marquées, les uns descendant au-dessous de 1.010, les autres dépassant 1.020. La *paridensité basse* est constituée par le fait que toutes les urines recueillies ont une densité peu élevée aux environs ou au-dessous de 1.010. Lorsque la densité des urines fractionnées reste constamment au-dessus de 1.010 et au-dessous de 1.020, il y a *paridensité élevée*. La densimétrie simple des urines fractionnées fournit des renseignements précieux sur la valeur fonctionnelle des reins.

L'imparidensité permet à elle seule d'affirmer un bon fonctionnement des reins comme on a pu s'en rendre compte sur plusieurs centaines de sujets normaux. Elle correspond à une bonne concentration maxima et à une élimination normale du bleu de méthylène.

La paridensité basse permet à elle seule d'affirmer une néphrite chronique urémigène. La paridensité élevée sans oligurie marquée est un signe d'insuffisance rénale. Si elle disparaît par le repos et le régime, la déficience rénale est susceptible d'être compensée. Si la paridensité élevée est permanente et invariable, sans oligurie, elle témoigne d'une insuffisance rénale déjà caractérisée et permanente.

Pour expliquer ces faits, il suffit de se reporter à la loi physiologique formulée ainsi par Albarran : « Le rein malade a un débit beaucoup plus constant que le rein sain et son fonctionnement varie d'autant moins, d'un moment à l'autre, que son parenchyme est plus détruit. » Il y a paridensité lorsque les reins sont malades parce que ceux-ci fonctionnent toujours aux environs de leur maximum de concentration.

ROBERT CLÉMENT.

J. Castaigne et **J. Chaumerliac.** ***Epreuve de la densimétrie urinaire associée à la polydiurèse provoquée*** (*Le Journal Médical Français*, t. XXI, n° 11, Novembre 1932). — La mesure de la densité des échantillons d'urine émis pendant vingt-quatre heures par un sujet, dont l'alimentation et la boisson sont précisées, et le graphique obtenu par ces chiffres, fournissent des renseignements intéressants sur le fonctionement rénal ; mais il existe des cas dans lesquels la densimétrie simple fournit des résultats discutables : la paridensité ou l'imparidensité est difficile à affirmer. Dans ces cas, l'épreuve de la diurèse provoquée, associée à la densimétrie, permet plus de précision.

Cette méthode mixte, appliquée au cours des néphrites scléreuses, chez les cardiaques et chez les hépatiques, a fourni à C. et C. des résultats intéressants.

Chez les sujets normaux, l'influence de la position couchée ou debout sur l'élimination de l'eau est manifeste. De même que celle de l'effort musculaire et de la nature de l'eau ingérée.

Chez les sujets atteints de néphrite chronique urémigène, l'épreuve de la diurèse provoquée est toujours mauvaise, la quantité d'eau éliminée est pratiquement la même en ortho et en clinostatisme. S'il y a imparidensité, on peut admettre que l'insuffisance rénale n'est pas liée à une lésion définitive des reins ; s'il y a paridensité encore assez élevée, la sclérose rénale est à ses débuts ; s'il y a paridensité basse, on est en droit d'affirmer l'existence de lésions avancées et de porter un pronostic très sévère.

Chez les cardiaques, on peut constater également une paridensité élevée, mais celle-ci, par suite d'une meilleure dynamique cardiaque, peut presque immédiatement se transformer en une imparidensité qui remplace la paridensité du début.

Chez les sujets atteints d'hypertension portale, il y a opsiurie ; l'épreuve de la diurèse provoquée, passable en position couchée, est mauvaise en position debout. Il peut y avoir paridensité haute qui cède le pas à l'imparidensité à la suite d'un traitement efficace ; la paridensité était alors sous la dépendance d'un processus de congestion rénale. Ou bien la paridensité peut persister, elle est alors en rapport avec une sclérose rénale.

ROBERT CLÉMENT.

LE NOURRISSON
(Paris)

J. Huber et **Mlle Abricossoff.** ***Mode opératoire et technique de la transfusion du sang chez le nourrisson*** (*Le Nourrisson*, 20e année, n° 6, Novembre 1932). — La transfusion du sang a des indications multiples chez le nourrisson : *a*) hémorragies et maladies hémorragipares ; *b*) chocs traumatiques ou opératoires ou par brûlures graves ; *c*) débilité congénitale et prématuration ; *d*) anémies de toute nature ; *e*) infections et septicémies sans atteinte du myocarde, où l'immunotransfusion semble avoir plus d'effets que la transfusion simple ; *f*) déshydratations aiguës au cours de troubles digestifs, toxi-infections estivales, choléra infantile ; *g*) sténose du pylore avant et après l'opération.

La broncho-pneumonie paraît à H. et A. une contre-indication à la transfusion sanguine massive ; mais elle peut bénéficier d'injections sanguines répétées à petites doses.

Les voies veineuses suivantes peuvent être adoptées :

A. *Le sinus longitudinal supérieur.* Cette voie préconisée en 1828 par Marfan a été utilisée par Tobler, Helmolz, Blechmann, Brown et Smith, Goldbloom, Francotte, etc. H. et A. lui donnent la préférence, mais divers auteurs objectent que si l'on pénètre facilement dans la lumière veineuse, il est malaisé de savoir pendant tout le temps que dure l'injection si l'on y est encore (Guéniot et Seguy, Unger, Opitz, Hertz, Lesné et Mlle Dreyfus-Sée). Or, il n'est pas sans inconvénient d'injecter du sang dans les espaces méningés.

B. *Veine jugulaire externe. Veines épicraniennes ou du pied.* Ces veines ont été préconisées par Blechmann. En général fines, elles fuient sous le doigt et on observe fréquemment des hématomes.

C. *Veines de l'avant-bras.* Leur abord nécessite une petite intervention chirurgicale décrite par Lesné et Mlle Dreyfus-Sée. Après dissection d'une veine de l'avant-bras, on introduit une canule qu'on lie à l'intérieur de la veine.

D. *Veines des corps caverneux du pénis.* Ce procédé a été décrit récemment par Forster et Agrelo.

On a cru longtemps que le sang de la mère doit convenir fatalement à l'enfant, mais il n'en est rien. Il en résulte que pour faire une transfusion chez un nourrisson, il faut tout comme chez l'adulte avoir recours à un donneur du même groupe que l'enfant ou à un donneur universel (groupe IV). De plus, on répétera les examens avant chaque transfusion, les agglutinines pouvant apparaître entre la première et la deuxième, on entre la deuxième et la troisième transfusion.

Toutefois, en cas d'urgence, on pourra, sans examen préalable et sans grands risques, transfuser à l'enfant du sang maternel, surtout dans le tout jeune âge, car les agglutinines n'apparaissent en général qu'après six mois.

G. SCHREIBER.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

Raul F. Vaccarezza, Américo J. Vaccarezza et **José Peroncini** (Buenos-Aires). ***Nouvelles recherches sur l'azotémie dans le tétanos*** (*Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, t. III, n° 11, Novembre 1932). — V., V. et P. relatent 13 nouvelles observations, dont 8 cas mortels, étudiées à ce point de vue.

Elles confirment les conclusions de leurs recherches antérieures sur la fréquence et la signification pronostique de l'hyperazotémie uréique, dans le tétanos.

Dans le tétanos, ainsi que dans d'autres états pathologiques, l'acide urique est le composé azotique non protéique qui est retenu en premier lieu, l'urée l'étant ensuite. L'hypercréatininémie est bien moins fréquente et serait un indice d'une sérieuse lésion rénale.

Au point de vue pratique, l'évaluation de l'urée sanguine est suffisante pour donner un renseignement pronostique sur les conditions du métabolisme protéique chez les tétaniques. C'est ainsi que dans un cas aigu mortel le taux d'urée sanguine passa de 0,64 au troisième jour de la maladie à 1,30 le quatrième jour, 1,42 le cinquième jour et 2,50 le sixième jour, quelques heures avant la mort.

L. RIVET.

LYON MÉDICAL

V. Cordier et **P. Mounier-Kuhn.** ***Le traitement bronchoscopique de la dilatation des bronches*** (*Lyon Médical*, t. CL, n° 51, 18 Décembre 1932). — 12 observations très succinctes de bronchectasies traitées par bronchoscopie viennent montrer l'intérêt de cette méthode. Avec le bronchoscope de Chevalier-Jackson qui, grâce à son éclairage distal, offre l'avantage de voir nettement l'intérieur des bronches même avec les tubes les plus longs, et dont le faible diamètre réduit le traumatisme opératoire, on précise d'abord l'importance de la suppuration bronchique, on aspire les sécrétions, on injecte 15 à 20 cmc d'huile antiseptique, que l'on retire en partie. Les bronchoscopies sont répétées à intervalle de huit jours, de quinze jours, puis d'un mois ou deux. Avant tout traitement, on fait une injection intrabronchique de lipiodol, suivie de radiographie, et l'on répète les clichés au cours du traitement, ce qui permet d'apprécier les résultats.

Sur 12 cas, on note 2 échecs (pourcentage de 16 pour 100) ; 4 améliorations (33 pour 100) ; par

ordre de fréquence, disparition de la fétidité, diminution de l'expectoration et de la toux; la dyspnée est plus ou moins améliorée; la reprise de l'état général s'amorce, mais ne s'accentue pas. 5 cas ont été très améliorés (42 pour 100); enfin, on a pu voir une guérison complète, dans un cas de dilatation bronchique, chez un homme porteur de nombreux éclats d'obus intra-pulmonaires.

Il y a quelques contre-indications à la bronchoscopie. Certains malades dont l'état général est trop grave ou dont l'insuffisance cardiaque est accentuée ne peuvent supporter l'acte opératoire. Les lésions trop anciennes, ou trop étendues, ou associées comme on le rencontre parfois à une tuberculose évolutive, ne relèvent pas de la méthode bronchoscopique en général.

Robert Clément.

Bériel et **Barbier**. ***Difficulté du diagnostic entre l'encéphalite et les tumeurs de la base. A propos d'un cas de tumeur du IIIe ventricule*** (*Lyon Médical*, t. CL, n° 52, 25 Décembre 1932). — Les tumeurs du IIIe ventricule sont relativement rares et toujours difficiles à diagnostiquer. Le cas rapporté ici d'un jeune homme de 16 ans, ayant présenté d'abord de l'asthénie progressive, puis des céphalées, enfin de la somnolence avec torpeur, avec œdème papillaire bilatéral, puis début d'atrophie blanche et liquide céphalo-rachidien normal mais hypertendu, montre bien les difficultés de ce diagnostic qui ne fut réellement établi qu'à l'autopsie.

Un aspect anormal de la selle turcique à la radiographie, l'aspect un peu infantile du malade, l'efficacité de la radiothérapie firent d'abord songer à une tumeur de l'hypophyse, puis l'hypersomnie dominant la scène, l'état subfébrile du début et une légère glycorachie, et plus tard l'apparition de quelques troubles moteurs de la série parkinsonienne, orientèrent vers une encéphalite léthargique épidémique; seul l'œdème de la papille constaté dès le premier jour plaidait pour une tumeur du IIIe ventricule, encore ce symptôme peut-il manquer. Le caractère médian et symétrique de la tumeur permet de supposer que la ventriculographie n'aurait pas apporté d'images assez caractérisées pour faciliter le diagnostic. Seule l'évolution avec l'apparition de signes d'hypertension cranienne permet un diagnostic tardif.

Si la tumeur très limitée est théoriquement curable, elle est par son siège pratiquement presque au-dessus des ressources actuelles de la chirurgie.

Robert Clément.

ARCHIVES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

A. Puech. ***La susceptibilité bronchique de l'enfant et de l'adulte. Physio-pathologie et clinique générale*** (*Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, t. XIII, n° 10, Août 1932, p. 603). — Certains sujets présentent des manifestations trachéo-bronchiques sous les influences les plus diverses, particulièrement les excitations extérieures: variations de température, air froid et humide, brouillard, atmosphères enfumées, poussiéreuses, enfermées, l'air marin, etc. Ce sont des manifestations passagères apparaissant avec une facilité extrême et parfois paradoxale, bénignes et banales dans leur symptomatologie, ce qui permet d'éliminer l'asthme franc.

La susceptibilité bronchique peut être de cause régionale, locale ou générale, ou de ces trois origines à la fois. Le type le plus fréquent est l'enrhumé habituel, dont les poussées aiguës inflammatoires de rhino-trachéo-bronchite n'ont rien de particulier sinon leurs répétitions fréquentes. 9 fois sur 10, l'examen des voies respiratoires supérieures montre l'existence d'une lésion provoquant l'obstruction nasale ou d'un foyer d'infection chronique du rhino-pharynx.

La fragilité de la muqueuse respiratoire prédispose aux phénomènes d'irritation par les causes externes ou internes. Elle peut être acquise à la suite d'une maladie infectieuse ou d'une irritation mécanique; elle peut dépendre de mauvaises conditions de la circulation pulmonaire chez les cardiaques, les rachitiques, les gibbeux, les scoliotiques, etc. Elle peut être primitive, il s'agit d'une débilité bronchique congénitale.

L'insuffisance respiratoire est un facteur régional et local indirect.

La fragilité respiratoire joue parfois un rôle important dans le déterminisme de l'asthme.

Certaines causes générales agissent en favorisant la fragilité bronchique, ou en prédisposant à la sensibilisation de la muqueuse respiratoire, ou par des mécanismes nerveux ou humoraux. C'est ainsi qu'agissent les 2 grandes diathèses lymphatique et arthritique.

Parfois encore, il faut incriminer la lésion ou le trouble fonctionnel d'un organe éloigné: accidents de dentition, vers intestinaux, troubles des règles, etc. Le refroidissement brusque de la peau, particulièrement au niveau des pieds et de la nuque, joue parfois un rôle déterminant.

Il faut distinguer, parmi les malades atteints de susceptibilité bronchique, les torpides dont l'inflammation paraît fixe et continue, et les éréthiques, dont la muqueuse est particulièrement irritable.

Le traitement doit s'inspirer des notions étiologiques: suppression des causes occasionnelles et des épines organiques, entraînement respiratoire, aguerrissement aux intempéries et au froid et, dans certains cas, traitement hydrominéral.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin, Vienne et Munich)

W. H. Veil et **Bruno Buchholz**. ***La disparition du complément dans le sang*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 49, 3 Décembre 1932). — En titrant le complément d'une série de malades, on a trouvé des chiffres assez constants. Un seul groupe de maladies fait exception à cette règle. Ce sont la polyarthrite aiguë, l'endocardite rhumatismale (à l'encontre de ce qui s'observe dans l'endocardite septique) et enfin la glomérulonéphrite aiguë. Le titre est alors extrêmement bas, de sorte que pour obtenir un certain résultat, il faut 0 cmc 5 au lieu de 0,04 dans les cas normaux. Cette disparition du complément persiste encore longtemps, surtout s'il y a eu endocardite.

L'explication de ces phénomènes doit être cherchée dans une sensibilisation contre les globules rouges étrangers. Un animal sensibilisé pour des hématies étrangères réagit, sous l'influence d'une injection nouvelle d'hématies, par une disparition du complément. Cette sensibilisation s'accompagne en même temps d'une immunisation. Dans ces conditions, ces maladies doivent être considérées, non comme de nature infectieuse, mais comme le résultat d'une sensibilisation survenue sous l'action d'un foyer fonctionnant comme un dépôt de vaccin.

L'infection focale, qui, à l'origine, s'est produite comme toute infection localisée, doit être considérée comme l'expression d'une immunité de dépression locale permettant à des germes virulents de se comporter comme des germes apathogènes. Ce fait s'observe surtout dans la tête.

La disparition du complément est le résultat d'une réaction endogène-anticorps extrêmement vive, qui entraîne la consommation complète du complément. Les affections chroniques des organes représentent une sorte de stade tertiaire succédant au stade secondaire (disparition du complément) et comprennent les altérations du pancréas (diabète sucré), du foie (ictère catarrhal, cirrhose de Hanot), de la thyroïde (maladie de Basedow, myxœdème acquis), du cerveau (encéphalite, apoplexie), etc.

En conclusion, V. et B. adoptent tout à fait le point de vue de Bouillaud qui a bien su distinguer « la coïncidence ou la coexistence de certaines inflammations intérieures avec le rhumatisme extérieur ».

P.-E. Morhardt.

Th. Naegeli et **A. Lauche**. ***Constatations sur le foie et la rate d'un chien auquel il a été injecté un sel de dioxyde de thorium il y a plus de deux ans*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 49, 3 Décembre 1932). — Il s'agit d'un chien de 15 kilogr. 500 auquel on a administré, il y a plus de deux ans, 40 cmc de thordiol, soit à peu près une dose double de celle qui est administrée à l'homme dans un but diagnostique. Actuellement encore, le foie et la rate présentent aux rayons Rœntgen une ombre nette qui semble diminuer un peu en ce qui concerne la rate. On observe, depuis un an, la formation, au voisinage de la colonne vertébrale, d'ombres en forme de haricots qui sont probablement des ganglions lymphatiques.

Chez ce chien, on a récemment fait une biopsie de la rate et du foie. Au cours de la laparotomie, on n'a rien constaté d'anormal sauf cependant que le foie présente, superficiellement et sur les coupes, des mouchetures d'un blanc jaunâtre qui, à l'examen histologique, se sont révélées comme des images périvasculaires de phagocytes chargés de thorium. Effectivement, ce n'est plus dans les cellules étoilées ni libres dans la lumière des capillaires hépatiques qu'on retrouve la masse principale de thorium. Elle existe dans des phagocytes mononucléaires parfois sous forme de couches périvasculaires concentriques, ce qui fait penser que ces phagocytes siègent en réalité dans les voies lymphatiques.

On ne retrouve pas de cellules géantes. Il n'est pas impossible que les poumons se révèlent finalement comme le lieu d'excrétion du produit opaque. Au niveau de la rate, on trouve également une concentration de thorium sur les bords des trabécules et parfois même à l'entour des trabécules, autour des gros vaisseaux et des nerfs, c'est-à-dire dans les voies lymphatiques. En fait de lésions hépatiques, il n'en a été retrouvé aucune. Il n'a pas non plus été constaté de faits qui permettent de croire à une sensibilité spéciale des animaux d'expérience. La laparotomie et les biopsies ont toujours été bien supportées.

P.-E. Morhardt.

Emma Uhlhorn. ***Polycythémie par cirrhose du foie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 49, 3 Décembre 1932). — Il est parfois question, dans la littérature, d'une association de polycythémie et de cirrhose du foie. Mais les vues des auteurs diffèrent sur le point de savoir si c'est l'augmentation des hématies ou, au contraire, la cirrhose du foie qui est primitive.

Dans un cas, il s'agit d'une femme de 38 ans qui paraît avoir été hémophile et qui présente, depuis quatre ans, une augmentation considérable du volume du ventre avec ascite, splénomégalie, etc. L'hémoglobine s'élève à 103 pour 100, les hématies à 6,5 millions, etc. Deux mois plus tard, les chiffres correspondants sont 110 pour 100 et 8,7 millions. En même temps, les leucocytes augmentent (50.000).

La malade meurt après avoir présenté de la cyanose et du subictère. A l'autopsie on fait le diagnostic de cirrhose du foie atrophique avec foyers nécrotiques nombreux, persistance du thymus, rate de 1.000 gr., foie de 1.400 gr., etc. La moelle des corps vertébraux est rouge foncé.

On ne saurait faire de cette observation un ictère à urobiline selon la conception de Moss qui paraît d'ailleurs inadmissible, car l'ictère est toujours conditionné par la bilirubine. La cirrhose du foie a été observée dans la polycythémie de Vaquez avec splénomégalie. Cependant, dans cette observation, l'absence d'hémosidérose donne à penser que les érythrocytes n'étaient pas détruits en proportions normales, c'est-à-dire que le foie et la rate n'arrivaient pas à contre-balancer l'activité exagérée de la moelle osseuse. Il s'agirait donc d'une lésion primitive du foie. Cependant, la moelle osseuse montre que le système hémopoiétique est également malade, ce qui est confirmé par la constatation antérieure d'hémophilie.

P.-E. Morhardt.

Carl Schroeder. ***La physiologie de la respiration dans la gestation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 50, 10 Décembre 1932). — S. a utilisé le pneumotachographe de Hochrein qui permet, assez commodément, de déterminer la durée de l'inspiration et de l'expiration ainsi que la vitesse maxima et le volume de chacune de ces deux phases, la vitesse moyenne, c'est-à-dire le quotient du volume par la durée de la respiration et enfin l'index calculé en faisant le rapport entre la vitesse maxima et ce quotient. Ces données ont été étudiées chez 100 gestantes et il a été confirmé que les excursions respiratoires augmentent pendant cette période pour reprendre leur hauteur normale déjà huit jours après l'accouchement. En même temps, pendant la gestation, la durée de l'inspiration est plus courte que celle de l'expiration qui, pendant le post-partum, arrive à dépasser très légèrement l'inspiration.

La grandeur de la respiration augmente également d'une façon continue pendant la gestation. Cette augmentation est déjà sensible dès les premiers mois, contrairement aux constatations faites par d'autres observateurs comme L. Zuntz qui n'a observé cette augmentation qu'au cours de la seconde moitié de la gestation.

La forme de la courbe respiratoire telle qu'elle résulte de l'index défini plus haut est plus aiguë dans l'inspiration et plus arrondie dans l'expiration. Mais, au total, la mécanique de la respiration, malgré les modifications profondes dans l'abdomen, reste sans changement. En suivant des gestantes, on a constaté que le volume respiratoire diminue pendant les six semaines qui suivent l'accouchement pour atteindre alors une valeur constante. Pendant la gestation, la ventilation augmente de 20 à 240 pour 100. Il ne semble pas, malgré ces chiffres, qu'une augmentation de la consommation d'oxygène se produise dans ces conditions.

Dans un cas de cyphoscoliose, la patiente étant dyspnéique dans le décubitus dorsal, la capacité vitale s'est élevée à 1.695 cmc avec 35 respirations par minute. Dans un cas de néphropathie moyennement sévère près du terme, on a observé des phénomènes analogues, c'est-à-dire une respiration non économique. Dans un cas de pré-éclampsie au contraire, la respiration a été peu modifiée. Dans 3 cas d'hyperémésis moyennement sévère, les modifications de la respiration n'ont pas été parallèles aux constatations cliniques.

P.-E. Morhardt.

Hermann Bernhardt et **S. Levy Simpson.** ***Contribution à la question des relations de l'écorce des surrénales avec le syndrome de la myasthénie grave pseudoparalytique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 50, 10 Décembre 1932). — Après avoir rappelé les résultats donnés par l'hormone de l'écorce des surrénales dans la maladie d'Addison, résultats qui ont été constatés par B. et S. chez 6 malades, il est exposé, dans ce travail, que cette hormone a déjà été utilisée dans une série de maladies. On a pu ainsi décrire des effets favorables dans l'hyperthyroïdie, l'asthénie post-diphtérique, l'hyperémésis, la fatigabilité, etc. C'est ce qui a amené à faire des recherches sur la myasthénie grave pseudo-paralytique à l'origine de laquelle on admet, suivant les auteurs, un trouble du thymus ou de l'écorce des surrénales.

Chez 8 malades dont 5 femmes et 3 hommes, il en est 6 qui, au moment de l'observation, présentaient l'affection sous une forme légère ou moyennement sévère. Les viscères étaient d'ailleurs normaux sauf dans un cas où il y avait sclérose rénale sans relations avec la myasthénie. Plus spécialement, il n'a pas été rencontré, chez ces malades, de créatinurie, même après forte réduction des hydrates de carbone. Chez aucun de ces malades, il n'a été constaté d'amélioration du fait de l'hormone de l'écorce des surrénales.

Parmi ces malades, il se trouve également deux cas sévères avec créatinurie. Chez ces derniers, l'hormone de l'écorce des surrénales n'a pas provoqué de modification. De même, l'adrénaline et la pilocarpine, selon la méthode de Ken Kuré, sont restées sans effet. Par contre, chez un des malades, l'irradiation de la région du thymus semble avoir provoqué une amélioration subjective et objective nette. En somme, l'écorce des surrénales ne paraît pas en relation avec l'étiologie de la myasthénie.

L'hormone utilisée a provoqué d'abord de la tachycardie, au moins avec certains paquettages, mais sans modification du sucre ni du calcium du sang. Par contre, la cholestérine augmente, par exemple, de 180 à 250 milligr. L'hémogramme et les échanges gazeux ne sont pas modifiés. La créatinurie ne s'observe que dans les cas sévères. Néanmoins, elle constitue un symptôme constant dans les cas sévères.

P.-E. Morhardt.

F. G. Dietel. ***Recherches sur l'hormone des mélanophores*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 50, 10 Décembre 1932). — L'expansion des mélanophores de la grenouille est étroitement associée aux échanges aqueux et se fait par l'intermédaire des yeux, au moyen d'une hormone hypophysaire. Après l'extirpation de l'hypophyse, les amphibies et les reptiles perdent le pouvoir d'adaptation à l'obscurité. On est d'ailleurs arrivé à obtenir un extrait post-hypophysaire qui détermine la réaction des mélanophores chez la grenouille, chez l'axolotl, chez la tortue, chez certains poissons, mais pas chez les reptiles.

Cette hormone est certainement produite par le lobe moyen. D'autres substances comme les alcaloïdes, les acides, l'alcool provoquent cette réaction. L'extrait est injecté sous la peau d'animaux qui ont tout d'abord été en quelque sorte étalonnés et dont la réactivité s'est montrée à peu près semblable. Cette hormone est plus insoluble dans le butylalcool que les autres; elle est moins diffusible et présente une assez grande résistance à l'égard des alcalins. On n'est pas encore arrivé à la produire isolément, car elle présente une grande affinité pour les autres hormones de l'hypophyse. En essayant 3 produits extraits, par des méthodes différentes, il a été constaté d'abord que l'hormone des mélanophores n'a rien à voir avec les substances qui agissent sur l'utérus. Au cours de la préparation de la tonéphine, il se perd les 2/3 de l'hormone des mélanophores présente dans la glande.

Cette hormone extraite de la post-hypophyse d'animaux à sang chaud doit être considérée comme un régulateur des échanges et surtout des échanges aqueux. L'hormone des mélanophores provoque une expansion des mélanophores en même temps qu'elle fait abandonner de l'eau. Ainsi, quand les mélanophores sont contractés au maximum, c'est-à-dire quand il y a du soleil ou beaucoup de lumière, il survient une rétention d'eau grâce à laquelle les grenouilles ne se dessèchent pas. Cette hormone des mélanophores doit donc être considérée comme déshydratante. C'est le contraire de ce qui s'observe chez les animaux à sang chaud dont l'hypophyse est antidiurétique. Si on admet que l'hormone des mélanophores est la même chez les grenouilles et chez les animaux à sang chaud, il faut alors considérer que chez les premières cette hormone se borne à provoquer l'expansion des cellules à pigments. Mais simultanément, l'hypophyse produirait une hormone diurétique chez les grenouilles et antidiurétique chez les animaux à sang chaud.

P.-E. Morhardt.

Heinz N. Brinnitzer. ***Recherches cliniques et radiologiques sur les poumons chez des enfants atteints de rougeole*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 51, 17 Décembre 1932). — B. rappelle d'abord un certain nombre de travaux (Kohn et Koiransky, A. Viethen) d'après lesquels il apparaît au cours de la rougeole des processus d'infiltration pneumonique, vraisemblablement dus au virus de la rougeole lui-même.

Or, au cours de ces derniers mois, B. a eu l'occasion d'observer une épidémie de rougeole qui s'est étendue à 47 enfants âgés de 4 mois à 15 ans. En dehors de rougeole compliquée de croup ou de coqueluche (5 cas), il y a eu sur ce nombre 15 enfants dont le thorax était tout à fait normal à la radioscopie. Dans 30 cas (64 pour 100), on a constaté les symptômes de la bronchite morbilleuse (élargissement du hile et dessins de stase); deux enfants ont présenté une infiltration du tissu pulmonaire qui a finalement été rattachée à un processus tuberculeux. Enfin, dans 4 cas, il a été observé une pneumonie secondaire. En somme, si on exclut ces quatre derniers cas, il n'a été constaté, chez aucun de ces enfants, d'infiltration précoce due à la rougeole.

Ces résultats sont donc en contradiction avec ceux des autres auteurs. Ces contradictions peuvent s'expliquer peut-être par le fait que les constatations pulmonaires diffèrent d'une épidémie à une autre.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE

(Berlin-Vienne)

Kaspar. ***Un cas de rupture spontanée d'une rate normale*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVI, n° 1, Juillet 1932). — Alors que la rupture spontanée d'une rate pathologique est un fait d'observation assez fréquent, il n'en est pas de même quand cette rupture spontanée se manifeste chez un malade dont la rate peut être considérée comme absolument normale.

K. cite cependant les cas antérieurement rapportés par Hansell, Nixon, Abasidze, Susman.

Dans son observation personnelle il s'agissait d'un homme de 30 ans présentant depuis trois ans des douleurs gastriques et qui fut pris brusquement à 17 heures de violentes douleurs abdominales; le maximum se manifestait dans la région épigastrique, mais les douleurs diffusaient cependant dans la région sous-ombilicale.

A l'examen, l'abdomen est relativement souple et ce n'est que dans la région épigastrique et au voisinage de l'ombilic que l'on note une sensibilité profonde, mais très peu de contracture. Le toucher rectal est négatif. Le pouls est à 90.

Intervention immédiate avec le diagnostic d'ulcus duodénal perforé. A l'intervention on découvre qu'il s'agit d'une rupture splénique et on pratique une splénectomie. Malgré les réinjections de sang, suivies de transfusions, le malade décède le lendemain soir.

A l'autopsie, on ne découvre dans l'abdomen qu'un demi-litre de sang, non enlevé au cours de l'intervention. L'examen macroscopique de la rate a montré que ses dimensions étaient normales; histologiquement on n'a pu découvrir aucune lésion au niveau du parenchyme.

J. Sénèque.

Kressin. ***Chirurgie du cancer des côlons*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVI, n° 1, Juillet 1932). — K. apporte dans son travail les résultats du service de Guleke.

En ce qui concerne l'âge, un cas a été observé chez une jeune fille de 12 ans 1/2, un autre chez un homme de 75 ans; c'est surtout entre 60 et 70 ans que la lésion est le plus fréquente.

Le sexe est à peu près indifférent: 58 pour 100 chez l'homme, contre 42 pour 100 chez la femme.

Sur 76 cas observés, 41 ont pu être opérés radicalement, soit 54 pour 100 des cas.

20 malades (13 hommes et 7 femmes) ont été opérés au stade d'occlusion et sur ces 20 cas on a pu 9 fois pratiquer la résection.

En présence de cancer inextirpable et en dehors de la période d'occlusion on a pratiqué 8 fois l'anus artificiel pour cancer du côlon sigmoïde et une fois seulement pour un cancer du côlon transverse où l'anastomose n'était pas possible.

En cas de cancer extirpable, l'intervention en un temps a donné, sur 30 cas, 7 morts, soit 23 pour 100 (pneumonie, péritonite, 4 cas), abcès rétro-péritonéal, cachexie).

La résection en deux temps n'a été pratiquée que 2 fois pour des cancers du côlon descendant et chez des malades très fatigués.

La résection en trois temps a été utilisée deux fois, imposée par des phénomènes occlusifs.

Sur 41 cas opérés radicalement, 3 malades ont vécu plus d'un an, 2 plus de deux ans, 1 au delà de trois ans, 4 au delà de quatre ans, 2 au delà de cinq ans, 2 au delà de six ans, 1 au delà de sept ans, 3 au delà de huit ans, 1 au delà de neuf ans, 1 au delà de onze ans.

J. Sénèque.

Clar. ***Traitement des fractures ouvertes de la rotule*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVI, n° 1, Juillet 1932). — Sur 127 cas de fractures de la rotule observés à la clinique de Schloffer entre 1911 et 1931, 7 (soit 5,5 pour 100) étaient ouvertes.

5 ont été traitées par la suture primitive de la peau et de l'appareil d'extension, après intervention de désinfection. Sur ces 5 interventions, on note 2 bons résultats, 2 fractures itératives (huit mois et deux mois et demi après la suture), un cas d'infection articulaire ayant nécessité un drainage secondaire de l'articulation; bon résultat éloigné.

Dans un cas on a suturé primitivement la peau sans intervenir sur l'appareil d'extension; on a eu à déplorer dans les jours suivants l'apparition de phénomènes infectieux qui ont imposé un drainage articulaire, d'où ankylose tardive complète.

Dans le dernier cas enfin, on a pansé la plaie à plat et suturé secondairement la rotule. Apparition d'un abcès sous-cutané lors de la deuxième intervention et quand le blessé est sorti de l'hôpital, les mouvements de l'articulation du genou étaient très limités.

C. conclut en faveur de la suture primitive de l'appareil rotulien et de la peau, conduite qui a donné dans l'ensemble les meilleurs résultats.

J. Sénèque.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

Hermann Druckrey. ***Influence des modifications dans l'équilibre des hormones sexuelles sur la coagulation du sang et sur le saignement*** (*Endokrinologie*, t. XII, n° 1, Janvier 1932). — Les expériences ont été poursuivies sur des rats femelles. Il a été constaté, dans tous les cas, que l'hormone ovarienne du rut allonge, déjà au bout de trente minutes, le temps de coagulation et le temps de saignement. Cette prolongation est suivie, au bout d'un à trois jours, d'un raccourcissement, puis enfin, d'un retour à la normale.

L'hormone du corps jaune a un effet analogue, mais la prolongation primitive est plus faible et le raccourcissement ultérieur plus marqué. Cette hormone contient d'ailleurs de l'hormone du rut.

Au début de l'œstrus, l'hormone sexuelle du lobe antérieur raccourcit d'une façon très importante le temps de saignement et le temps de coagulation après un allongement. L'hormone lutéinisante a des effets analogues. Un traitement préalable par l'hormone ovarienne affaiblit cette action. L'absence d'ovaires et d'utérus empêche ce raccourcissement d'apparaître. Mais l'implantation d'un utérus à la phase de sécrétion raccourcit les temps après un allongement passager. Cette influence accélérante de l'utérus sur la coagulation et le saignement est donc bien établie. Cette influence se fait par l'intermédiaire de l'hormone du lobe antérieur et de l'ovaire.

P.-E. Morhardt.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA
(Sydney)

B. H. Swift. ***Anémie achlorhydrique comme cause de prurit vulvaire dit « d'origine nerveuse »*** (*The Medical Journal of Australia*, XIXe année, t. II, n° 18, 29 Octobre 1932). — Les causes de prurit vulvaire sont nombreuses, mais lorsque les étiologies communes ont été éliminées, il est bon de pratiquer systématiquement un examen du sang et, si le taux de l'hémoglobine est bas et les hématies peu nombreuses, il faut pratiquer un repas d'épreuve pour chercher la présence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique.

S. rapporte l'observation de 3 femmes de 35, 36 et 43 ans dont le prurit était souvent fort ancien, remontant souvent à une grossesse antérieure et coïncidant avec une anémie secondaire de type chlorotique et avec une achlorhydrie gastrique. Prurit et anémie disparurent sous l'influence de la thérapeutique par le fer, le foie de veau et l'acide chlorhydrique dilué.

Il faut donc que gynécologistes et dermatologistes qui voient un grand nombre de prurits vulvaires pensent à cette étiologie et la recherchent s'il n'y a pas d'autre cause apparente.

Robert Clément.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Jürg Mathis. ***L'époophore, organe à sécrétion interne*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLV, n° 42, 14 Octobre 1932). — M. s'est attaché à l'étude de cet organe, reliquat embryonnaire, et considéré comme sans aucune signification physiologique. Il a constaté que sa structure était glandulaire, l'épithélium étant cylindrique et composé de cellules de grosseur inégale, les plus volumineuses d'entre elles paraissant chargées de produits de sécrétion. L'organe est composé de deux portions, l'une où s'élabore le produit, l'autre, la pars secretoria. Ce produit sécrété se déverse dans le sang ou dans le système lymphatique; quant à son rôle hormonal, il n'est pas évident, mais il est plausible ainsi qu'en témoignent les expériences anciennes de Bukura, montrant que chez le lapin le comportement de l'utérus est différent si, après ablation des ovaires, on laisse l'époophore en place. Il a semblé en outre à M. que l'extrait de cette glande avait pour effet de diminuer la durée et l'abondance des règles.

G. Basch.

Vogl. ***Hydarthrose périodique et fonction ovarienne*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLV, n° 44, 28 Octobre 1932). — V. publie le résumé de 5 observations personnelles. Ses conclusions confirment celles de la plupart des auteurs: atteinte des deux sexes (2 hommes et 3 femmes); intervalles variant de six jours à plusieurs semaines, et le plus souvent indépendants de la menstruation; irrégularité de l'action des diverses thérapeutiques, qui, agissant heureusement chez un malade, peuvent rester inefficaces chez un autre, ou chez le même sujet à un autre essai; rémissions spontanées; influence indiscutable de certains chocs nerveux, tant sur le déclenchement de la maladie, que sur sa terminaison. La coïncidence des accidents avec les périodes menstruelles, observée dans certains cas, et la rémission habituelle pendant la grossesse, ne seraient pas une preuve de l'étiologie ovarienne de l'affection.

L'hypothèse de V. est qu'il s'agit de sujets présentant un terrain articulaire prédisposé (les affections articulaires sont fréquentes parmi les collatéraux ou ascendants) et que, pendant la période menstruelle, la perméabilité des synoviales serait augmentée, ceci par analogie avec les constatations de Heilig et Holf, qui trouvent la perméabilité des méninges plus élevée au moment des règles.

Pratiquement, V. conclut qu'il n'existe pas de panacée comme dans tous les troubles angio-neurotiques, et que les traitements les plus divers peuvent être tentés, leur action se réduisant d'ailleurs peut-être à une psychothérapie déguisée.

G. Basch.

Karelitz et Schick. ***Prévention de la rougeole au moyen de sérum d'adulte réactivé par exposition préalable du sujet à l'infection morbilleuse*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLV, n° 45, 5 Novembre 1932). — 4 volontaires ayant eu la rougeole dans l'enfance s'enfermèrent une dizaine de fois en deux semaines, pendant trente à soixante minutes chaque fois, avec 6 rougeoleux en plein énanthème, et cela à une proximité telle qu'ils puissent recevoir les projections salivaires des malades au moment des quintes. Le sang de ces sujets fut prélevé avant exposition à la contagion, et une et trois semaines après le dernier contact. Le sérum, additionné de tricrésol (0,3 pour 100), et filtré sur bougie Berkefeld, fut conservé en flacons stériles. On ne peut malheureusement tirer des déductions au point de vue de l'action activante de l'exposition à la contagion: les 4 sujets, médecins ayant déjà été fréquemment en contact avec des rougeoleux, possédaient un sérum déjà extrêmement actif avant l'expérience et il n'y eut pas d'accroissement notable du pouvoir préventif de leur sérum.

Mais K. et S., ayant utilisé ces divers sérums dans les mêmes délais (3 ou 4 jours d'incubation) et aux mêmes doses (6 cmc), en ville et à l'hôpital, ont constaté une telle différence entre les conditions de prévention dans l'un ou l'autre cas qu'ils ont jugé utile d'attirer l'attention sur ce fait: en effet, sur 49 enfants immunisés à l'hôpital, 42 le furent de façon absolue, 7 présentèrent une rougeole bénigne. Sur 59 immunisés en ville, 20 seulement furent indemnes et 39 eurent une rougeole

plus ou moins atténuée. Il semble bien que la persistance de l'exposition à l'infection est à l'origine de cette différence, l'isolement étant très difficile à obtenir en ville : sur 20 enfants précocement et sévèrement isolés du contaminateur, 15 furent indemnes ; parmi 20 enfants de quartiers surpeuplés, restés après l'injection de sérum en contact avec le rougeoleux, aucun ne fut préservé de la maladie.

Enfin dans un pavillon d'hôpital contenant 17 enfants, auxquels on injecta 6 cmc de sérum, on observa le fait suivant : sur les 14 indemnes, 4 quittèrent l'hôpital avant l'éclosion des 3 cas atténués : ils n'eurent pas la rougeole; les 10 autres, qui furent en contact avec les 3 malades, contractèrent secondairement une rougeole bénigne qui éclata quatorze jours plus tard.

K. et S. concluent en insistant sur la nécessité d'augmenter les doses de sérum (qu'il s'agisse de sérum de convalescent ou de sérum réactivé) quand le sujet reste exposé à l'infection, comme c'est souvent le cas en ville.

G. Basch.

Hofbauer. ***Le problème de l'éclampsie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLV, n° 46, 11 Novembre 1932). — Pour H., les accidents éclamptiques sont dus à des troubles profonds du métabolisme et particulièrement des fonctions du foie. Il a montré en effet que cet organe présentait au cours de la deuxième moitié de la grossesse différentes anomalies structurales et fonctionnelles : stase dans les vaisseaux sus-hépatiques, stase biliaire, disparition du glycogène que remplacent des dépôts de graisse; ces anomalies répondaient cliniquement à une lévulosurie alimentaire, à une tendance à l'acétonurie, etc.; ces constatations sont à rapprocher des travaux de Bergmann (épreuve de la bilirubinémie) et de Kaufmann (épreuve de la glycémie alimentaire). En résumé, il ressort de ces diverses épreuves, que le foie de la femme enceinte de plus de 4 mois 1/2 est atteint d'insuffisance fonctionnelle.

D'autre part, on retrouve chez la femme enceinte présentant des phénomènes éclamptiques un hyperfonctionnement de certaines glandes endocrines aboutissant à un excès dans le sang de diverses hormones, particulièrement hypophysaires; l'action bien connue de l'hormone post-hypophysaire est de provoquer un spasme artériolaire général, surtout au niveau des vaisseaux du foie, ces troubles circulatoires hépatiques libérant des albumines toxiques et amenant la disparition des réserves de glycogène dont le rôle antitoxique est connu.

Voilà donc comment H. se représente la pathogénie de l'éclampsie : sous l'action de ferments placentaires sécrétés pendant la grossesse, se produit une hyperactivité endocrinienne particulièrement hypophysaire et surrénale; cet excès d'hormones vaso-constrictrices détermine des spasmes artériolaires au niveau des différents organes; ce spasme donne lieu dans le foie à la mise en liberté d'albumines toxiques et à la suspension du pouvoir antitoxique de l'organe, d'où résulteraient les accidents hépatiques.

G. Basch.

Kunz et **Zacherl.** ***La teneur en fer de la rate après transfusion sanguine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLV, n° 46, 11 Novembre 1932). — K. et Z. se sont proposé d'élucider le problème si controversé de la durée de la survie des globules rouges transfusés. Une incertitude complète règne en effet à ce sujet, les uns attribuant à ces globules une survie allant jusqu'à 100 jours, les autres pensant qu'ils sont rapidement détruits chez le transfusé. K. et Z. ont eu recours à la méthode suivante : se basant sur le fait que la destruction des érythrocytes se fait au niveau de la rate, et que cette destruction met en liberté des pigments ferrugineux, ils ont eu recours à l'expérimentation afin de noter au bout de combien de temps après la transfusion apparaissait chez l'animal cet excès de pigments ferriques. Ces recherches ont porté sur 21 paires de chiens, chaque animal transfusé étant comparé à un animal témoin quant à l'aspect, au poids, et à la teneur en pigments ferriques de sa rate. 17 fois, la teneur en fer de la rate de l'animal transfusé était supérieure à celle de la rate de l'animal témoin. Ces modifications s'observaient déjà vingt-quatre heures après la transfusion.

G. Basch.

Lenk. ***Effets respectifs de la suggestion et de l'irradiation dans le traitement des verrues*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLV, n° 46, 11 Novembre 1932). — Etant donné les succès obtenus à l'aide de la simple suggestion dans le traitement des verrues (88 pour 100 de guérisons dans les cas de verrues planes juvéniles, et 44 pour 100 dans les cas de verrues vulgaires d'après les statistiques de Bloch), on s'est demandé si les résultats obtenus par la röntgenthérapie n'étaient pas dus à une action psychothérapique. L. a soumis 25 malades au traitement suivant. En premier lieu une « pseudo-irradiation » : les malades étaient apparemment irradiés sous l'écran dans les conditions normales; mais, à leur insu, un écran de plomb interposé rendait pratiquement nul l'effet des rayons. Alors que les 7 cas de verrues vulgaires ne furent en rien influencés par cette pseudo-irradiation, il y eut au contraire 7 guérisons sur les 18 cas de verrues planes ainsi traités.

Les malades non guéris par cette méthode de suggestion furent alors soumis à une irradiation authentique (2 à 4 applications de doses moyennes, 5 à 8 H). Dans les cas de verrues vulgaires, il y eut un échec et 4 succès; dans les cas de verrues planes, 8 guérisons sur 10 cas, les 2 derniers malades étant encore en traitement.

Les guérisons par « pseudo-irradiation » surviennent rapidement, du premier au quinzième jour en moyenne, soit par flétrissement brusque de la verrue, soit par diminution progressive.

En résumé, L. prouve que les rayons X ont une action autonome sur les verrues, qu'il s'agisse des verrues vulgaires, rarement influencées par la psychothérapie, ou des verrues planes, dans lesquelles les cas ayant résisté à la suggestion cèdent au traitement radiothérapique.

G. Basch.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

H. John. ***Hyperthyroïdisme compliqué de troubles du métabolisme des hydrates de carbone : dix années d'étude*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 8, 20 Août 1932). — Il est fréquent d'observer de la glycosurie chez les hyperthyroïdiens : mais cela ne signifie pas toujours qu'il y ait chez eux du diabète, car le seuil rénal du sucre est abaissé chez presque tous ces malades. Il faut donc faire une glycémie et une épreuve de tolérance avant d'affirmer qu'il existe un trouble du métabolisme des hydrates de carbone. Et il faut plusieurs dosages à quelques semaines de distance pour penser au diabète, car les troubles temporaires du métabolisme sucré sont très fréquents. Enfin, la moitié de ces diabètes guérit par la thyroïdectomie.

Il reste cependant un certain nombre de diabètes vrais qui persistent indéfiniment malgré l'ablation du corps thyroïde : ces cas de diabète vrai sont peu fréquents, mais se voient cependant à peu près dans 2 pour 100 des cas d'hyperthyroïdie, alors qu'ils ne s'observent que dans 1 pour 100 des cas chez les sujets non thyroïdiens. Il ne fait donc pas de doute que l'hyperthyroïdie joue un rôle dans l'apparition du diabète : s'agit-il d'une corrélation endocrinienne, ou plutôt, comme le pense J., d'une conséquence de l'hyperalimentation des basedowiens ? La réponse à cette question est encore impossible à donner.

R. Rivoire.

H. M. Conner (Rochester). ***Les injections d'extrait de foie dans le traitement de l'anémie pernicieuse*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 8, 20 Août 1932). — C. a étudié à la clinique Mayo l'action des injections d'extrait hépatique chez 30 malades atteints d'anémie pernicieuse, et compare les résultats obtenus dans ces cas à ceux que donnent dans des cas analogues les extraits administrés par voie buccale. 21 de ces malades reçurent par voie intra-musculaire 2 à 6 cmc chaque jour d'un extrait dont 2 cmc sont tirés de 10 gr. de foie. 3 autres reçurent des injections intra-musculaires d'un extrait beaucoup plus concentré, dont 3 cmc représentaient 100 gr. de foie. Enfin les autres malades reçurent des injections intraveineuses.

L'effet de ces injections sur les réticulocytes, l'hémoglobine, les érythrocytes et les leucocytes est identique à celui déterminé par le traitement oral, quoique plus rapide. Les extraits peu concentrés ont une action aussi intense et aussi rapide que les extraits concentrés.

L'action des injections sur les complications nerveuses est difficile à apprécier, mais il semble que dans les cas graves, des extraits injectables soient aussi dépourvus d'action que les extraits buvables.

Les injections d'extrait sont un peu douloureuses, mais aucun symptôme d'intolérance ne fut observé lorsque les extraits peu concentrés furent employés par voie intra-musculaire. Par contre, les injections intraveineuses déterminent fréquemment des frissons et de la fièvre.

R. Rivoire.

R. Young. ***Les complications nerveuses de l'anémie pernicieuse*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 8, 20 Août 1932). — Y. fait une étude statistique et clinique détaillée des complications nerveuses observées dans 515 cas d'anémie pernicieuse soignés depuis 1913 au Brigham Hospital de New-York. Cette étude n'a pas un gros intérêt pour le médecin français, puisque, on le sait, l'anémie pernicieuse ne donne presque jamais dans notre race de complications nerveuses. Il en est autrement dans les pays anglo-saxons, où les diverses statistiques indiquent entre 20 et 80 pour 100 de troubles nerveux. Dans les 515 cas de Young, 103 malades présentaient des signes nets de sclérose combinée de la moelle, soit 20 pour 100. Un fait intéressant à noter est que, depuis que l'hépatothérapie de l'anémie pernicieuse s'est généralisée, les complications nerveuses, loin de diminuer, ont augmenté de fréquence : dans la statistique de Young, la proportion de sclérose combinée depuis 1925 est montée à 26 pour 100 : cette constatation révèle bien l'inefficacité de l'hépatothérapie dans le traitement et même la prévention des lésions nerveuses.

R. Rivoire.

S. Harris et **H. Morgan.** ***Isolement de tréponème d'une lésion de syphilis gastrique*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 17, 22 Octobre 1932). — L'existence de la syphilis gastrique est encore discutée à l'heure actuelle, le diagnostic anatomique de cette affection reposant jusqu'à maintenant sur la constatation d'endartérite et d'infiltration périvasculaire à cellules rondes, lésions en aucune façon pathognomoniques de la syphilis. Certains auteurs ont prétendu avoir vu des images spirillaires dans des

coupes, mais jamais la preuve décisive de la nature syphilitique d'une lésion gastrique n'avait été faite par isolement du tréponème et transmission à l'animal.

H. et M. ont comblé cette lacune en broyant dans du sérum une lésion gastrique inflammatoire prélevée à l'intervention, et en injectant la suspension tissulaire ainsi obtenue dans les bourses de lapins. Ceux-ci présentèrent trente-sept jours plus tard une orchite spécifique, l'un même eut un chancre des bourses. Des résultats analogues furent obtenus avec une suspension de ganglions péri-gastriques, et la lésion du lapin put être transmise en série.

Il ne semble donc plus douteux que la syphilis gastrique existe; il est intéressant de connaître que dans ce cas particulier l'affection simulait cliniquement et radiologiquement un cancer du pylore, mais que la guérison survint rapidement après l'intervention.

R. Rivoire.

R. Haden. ***L'anémie achlorhydrique simple*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 17, 22 Octobre 1932). — L'anémie achlorhydrique simple est une entité clinique aussi définie que l'anémie pernicieuse, mais qui n'a probablement rien de commun avec cette dernière maladie. C'est une maladie assez fréquente, atteignant presque exclusivement les femmes entre 30 et 50 ans.

Cliniquement, la maladie se révèle par des symptômes variables: palpitation, fatigue et faiblesse, troubles digestifs, désordres menstruels. C'est une affection essentiellement chronique, qui n'a aucune tendance spontanée à la guérison, mais n'aboutit jamais à l'anémie pernicieuse.

L'examen du sang révèle une microcytose et une hypochromie des hématies, sans forte diminution de leur nombre. Il y a d'ordinaire un peu de leucopénie, et un chiffre très faible de bilirubine dans le plasma.

L'examen du suc gastrique révèle une achlorhydrie après repas d'épreuve, mais cédant le plus souvent à l'administration d'histamine. Les ferments gastriques sont d'ordinaire présents, mais leur quantité est faible.

Cette maladie répond vite et de façon caractéristique au traitement par de fortes doses de fer, mais récidive dès que l'administration de fer est suspendue.

Il semble donc qu'il s'agisse d'une maladie par carence, due à une déficience ou une assimilation insuffisante de fer.

R. Rivoire.

F. Lashmet et L. Newburgh. ***Une nouvelle technique pour le test de concentration urinaire, épreuve des fonctions rénales*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 17, 22 Octobre 1932). — L. et N. utilisent la mesure de la densité de l'urine comme test de l'intégrité des fonctions rénales: le rein normal est en effet capable de concentrer l'urine jusqu'à une densité de 1,029, à condition qu'il y ait dans le sang une quantité suffisante de sels lourds et une quantité de liquide pas exagérée. Au contraire, le rein malade dans les mêmes conditions ne peut concentrer l'urine que jusqu'à une densité inférieure à 1.029, pouvant aller jusqu'à 1.010.

Il est certain que cette épreuve est intéressante par sa simplicité, et qu'elle est physiologiquement séduisante: malheureusement elle nécessite l'observation d'un régime alimentaire très strict pendant plusieurs jours. Dans cet article, L. et N. exposent une technique améliorée qui permet de réduire au minimum la durée de ce régime, soit trente-six heures environ. Avec cette technique, les résultats sont très réguliers et très précis. La méthode est plus sensible que le test à la phénosulfonephtaléine, qui ne devient positif qu'avec une densité de 1.020, et que le dosage de l'urée sanguine, qui ne donne un chiffre élevé que lorsque le test de concentration des urines en est à 1.010.

R. Rivoire.

S. Levine. ***Le traitement de l'infarctus du myocarde*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 21, 19 Novembre 1932). — Le traitement de l'infarctus du myocarde est un problème très délicat et très discuté. Dans nombre de cas d'ailleurs la mort survient si rapidement qu'il a été impossible de tenter quoi que ce soit. C'est seulement lorsque la crise est moins grave qu'il y a lieu d'instituer une thérapeutique. En premier lieu, il faut essayer de lutter contre la douleur terrible qui accompagne l'infarctus du myocarde dans les premières heures. La morphine est évidemment ici le remède de choix: il faut employer des doses considérables, 15 milligr. toutes les demi-heures ou toutes les heures, tant que la douleur ne s'est pas atténuée.

Lorsque la douleur s'accompagne de collapsus et de coma, il faut faire d'urgence une injection d'adrénaline, et traiter le malade comme s'il était atteint de shock chirurgical: le tenir au chaud et lui administrer des liquides en quantité.

La digitale doit être proscrite, car elle semble plus nuisible qu'utile.

Il en est de même pour l'insuline, qui renforce les contractions cardiaques et peut déterminer la rupture du cœur.

Dans certains cas, un syndrome de Stokes-Adams peut survenir, c'est là une complication redoutable qu'il faut traiter par l'adrénaline.

La tachycardie ventriculaire, qui survient d'ailleurs assez rarement, est également une complication grave: elle nécessite un traitement d'urgence par la quinidine. Celle-ci d'ailleurs doit être administrée systématiquement à tous les malades atteints d'infarctus du myocarde pendant les deux premières semaines, pour éviter la mort subite par fibrillation ventriculaire.

Le pronostic de l'infarctus du myocarde est grave pendant la première semaine, mais il n'est pas rare de voir des malades guérir complètement et reprendre une vie normale.

R. Rivoire.

C. Mitchell et S. Coley. ***La prévention du rachitisme*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 21, 19 Novembre 1932). — M. et C. ont vérifié l'action préventive de l'huile de foie de morue et de l'ergostérol dans le rachitisme. Ils sont arrivés à la conclusion que ni l'une ni l'autre de ces substances n'empêche complètement l'apparition du rachitisme, puisque dans le groupe d'enfants traités, ils observèrent 22 pour 100 de signes de rachitisme, contre 50 pour 100 dans le groupe-contrôle. Mais ce chiffre de 50 pour 100 indique à quel point le diagnostic de rachitisme fut fait facilement, car il est hors de doute que cette proportion est très exagérée, d'autant plus qu'il s'agissait d'enfants de la classe bourgeoise. Il n'en reste pas moins quelques constatations intéressantes: l'huile de foie de morue protège mieux que le viostérol, et les résultats les meilleurs sont obtenus en adjoignant à ces médicaments des bains de soleil en été.

Pour M. et C., il semble que tout ne soit pas encore dit sur la pathogénie du rachitisme, et qu'il s'ajoute à la déficience en vitamine D quelques facteurs probablement alimentaires, mais non encore définis.

R. Rivoire.

M. Streicher. ***L'achylie gastrique : études sur l'acidité gastrique avec l'histamine et l'alcool à 7 pour 100*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 21, 19 Novembre 1932). — S. a étudié par une série d'expériences l'action comparée de l'histamine et de l'alcool à 7 pour 100 comme stimulant de la sécrétion acide de l'estomac.

De ces expériences il résulte que l'action de l'histamine est évidemment plus énergique que celle de l'alcool, mais qu'il n'y a là qu'une différence de degré et que les mêmes conclusions cliniques peuvent être tirées d'une épreuve faite avec l'alcool à 7 pour 100 qu'avec l'histamine. L'alcool doit donc sans conteste lui être préféré, car l'histamine détermine souvent des réactions de shock extrêmement dramatiques.

R. Rivoire.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
(Chicago)

Ch. W. Mayo (Rochester). ***Le hoquet*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. LV, n° 6, Décembre 1932). — M. distingue, d'après ses causes, le hoquet en une série de variétés: le hoquet infectieux persistant (épidémique ou post-opératoire); le hoquet chimique (central (?) ou périphérique, réflexe à la suite d'irritation chimique de l'estomac, l'intestin, le diaphragme, etc.), le hoquet mécanique (central par tumeur ou troubles circulatoires; périphérique par distension stomacale aiguë ou chronique, par tumeur néoplasique ou inflammatoire avec irritation du diaphragme, par troubles circulatoires), le hoquet hystérique ou psychique et le hoquet de cause indéterminée. Il étudie le traitement de chacune de ces formes.

Hoquet infectieux persistant. — Le *hoquet épidémique* dure quelques jours, quelques semaines ou même plusieurs mois; mais il ne paraît pas contagieux. Il est grave à cause de sa ténacité et de sa résistance aux traitements.

Il est évidemment causé par un organisme spécifique, apparenté à celui de l'encéphalite épidémique, car on observe assez fréquemment les deux affections dans la même localité, à la même époque et parfois même chez un même patient. Les expériences de Rosenow permettent d'attribuer ce hoquet à un streptocoque spécial, streptococcus singultus, qu'il a pu cultiver.

Le *hoquet post-opératoire* paraît dû lui aussi à un organisme spécifique. On ne l'observe guère que chez l'homme et après 45 ans, surtout après les grandes opérations sur le côlon, les voies urinaires et les organes de la région supérieure de l'abdomen. Il s'observe surtout entre Novembre et Avril et débute du premier au septième jour après l'intervention. Sa durée est de quatre à vingt-sept jours, en moyenne dix jours. Il est persistant et rebelle au traitement pendant sa période d'état. Le foyer primitif de l'infection serait la prostate.

Avec Rosendaal, M. aurait isolé dans ces cas un streptocoque neurogène qui, inoculé aux animaux, provoque des spasmes du diaphragme. Il est apparenté à l'agent de l'encéphalite épidémique, car sous l'influence d'injection d'une solution de globuline anti-encéphalitique, on peut voir tous les signes du hoquet disparaître en quelques heures.

Dans ce hoquet, le traitement sera triple: spécifique, par injection de sérum anti-encéphalitique qui amène souvent la guérison en quelques heures; symptomatique, mais il n'existe aucun médicament spécifique; les plus actifs semblent les inhalations d'acide carbonique et d'oxygène ou d'anesthésiques (éther ou chloroforme); enfin général: combattre la déshydratation, soutenir le cœur, etc.

Hoquet chimique. — Il s'agit d'un groupe mal défini: le hoquet est dû à l'ingestion d'aliments ou de liquides fortement irritants; il dure généralement peu de temps. Le facteur chimique se com-

bine souvent à un facteur mécanique, surtout après les opérations sur l'estomac.

Le traitement doit consister à évacuer l'estomac (vomissements, lavages) et l'intestin (laxatifs, lavements). Ensuite il sera symptomatique: éviter les corps comme la liqueur d'Hoffman ou le chloroforme qui peuvent agir temporairement, mais aggravent ou prolongent l'évolution du hoquet. On recourra plutôt au bicarbonate, aux corps gras (huile d'olive, crème), aux badigeonnages ou pulvérisations pharyngo-laryngées de cocaïne. Quelquefois une intervention chirurgicale sera nécessaire (abcès sous-phrénique, pleurésie).

Hoquet mécanique. — Dans la *forme centrale*, il peut s'agir d'un hoquet dû à une augmentation de pression intra-cranienne directe ou indirecte. Si cette pression est directe, le traitement devra consister en ablation de la tumeur ou en trépanation décompressive. En cas de pression indirecte, on pourra recourir aux injections intraveineuses de sérum glucosé hypertoniques, aux lavements de sulfate de magnésium.

Une autre classe concerne les troubles circulatoires du cerveau. Ici le traitement sera rarement chirurgical, mais symptomatique avec injections intraveineuses hypertoniques.

Formes périphériques. — Il s'agit souvent d'une dilatation aiguë de l'estomac, comme chez les nourrissons qui ont trop bu ou les sujets qui ont fait un trop copieux repas. M. énumère toute une série de remèdes de bonne femme qui peuvent rendre service en pareil cas.

La dilatation chronique de l'estomac est plus difficile à traiter et parfois une indication chirurgicale peut se poser.

Dans les cas où le hoquet est dû à une tumeur (néoplasme ou tumeur inflammatoire), c'est la radiographie qui permettra le diagnostic. Le traitement chirurgical seul permettra la guérison et, en cas de tumeur inextirpable, il faudra souvent pratiquer la phrénicectomie. Il en sera souvent de même dans les troubles vasculaires (anévrysmes de l'aorte).

Hoquet hystérique. — Ce hoquet est surtout le fait des jeunes femmes entre 18 et 35 ans, essentiellement nerveuses: il est généralement persistant, pouvant durer des semaines et des mois. Le traitement consistera en suggestion, dont le mode variera suivant les sujets. C'est ainsi que New en rapporte un cas chez une fillette de 23 ans, qui durait d'une façon intermittente depuis plusieurs mois et qui fut guéri par deux tubages avec un tube d'O'Dwyer: la dernière fois, le tube fut laissé en place huit heures.

Les interventions sur le nerf phrénique (section, arrachement ou écrasement) constituent un moyen de traitement héroïque du hoquet; mais elles ne s'attaquent pas à la cause et, par suite, ne doivent être employées que quand les autres méthodes ont échoué.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le hoquet épidémique a une marche régulière, variant en gravité et en durée, mais finissant toujours par guérir; que le hoquet post-opératoire dure en moyenne une dizaine de jours. Si le hoquet dure depuis des semaines, la phrénicIasis paraît le procédé de choix: mais si la durée se compte par mois, mieux vaut pratiquer la section ou l'arrachement du nerf. Toutefois l'intervention sur le seul nerf à gauche améliorera la situation, mais ne guérira pas le hoquet à moins qu'il ne soit près de s'arrêter spontanément.

Enfin il est possible d'obtenir l'autovaccination des sujets.

Un premier malade de 60 ans subit une excision extra-vésicale d'un diverticule. Dès le deuxième jour, hoquet grave qui dure huit jours. Trois mois plus tard, prostatectomie sus-pubienne: pas de hoquet.

Un deuxième malade, 45 ans, subit en 1909 une gastro-entérostomie: à la suite de rétention, hoquet qui dure un jour et guérit par un lavage. En 1913 entéro-anastomose: pas de hoquet. En Mai 1931, cholécystectomie et fermeture d'une fistule cholécysto-gastrique: dès le soir, hoquet sérieux qui dure plus de six jours. Un mois plus tard, cure radicale de hernie inguinale: deux à trois jours plus tard, hoquet bien plus bénin et n'ayant duré que deux jours.

M. Guibé.

THE LANCET
(Londres)

O. Wilberforce. ***Rémission d'une polyarthrite rhumatismale causée par une fièvre typhoïde*** (*The Lancet*, n° 5703, 17 Décembre 1932). — Il s'agit d'une femme de 57 ans atteinte de rhumatisme déformant douloureux, ayant frappé toutes les articulations: après une fièvre typhoïde sévère, avec pyrexie prolongée, au cours de laquelle elle fit un collapsus cardiaque, les douleurs rhumatismales disparurent et, trois mois après, elle était capable de marcher sans aucune difficulté.

On a bien préconisé le vaccin antityphoïdique dans le rhumatisme déformant, mais on n'a jamais obtenu avec cette médication une amélioration comparable. La fièvre typhoïde, dans ce cas, laissa cependant un état de susceptibilité particulière aux infections, car l'année qui suivit, la malade fit de nombreux foyers infectieux dont une otite et mourut d'une septicémie consécutive à une légère excoriation du pouce faite par sa manucure.

André Plichet.

G. Théobald. ***La fréquence de l'albumine et du sucre dans l'urine des femmes normales*** (*The Lancet*, n° 5704, 24 Décembre 1932). — Au temps de Bright, toute albumine était synonyme de néphrite. Il a fallu les travaux de Leube en 1877 pour montrer qu'il existait une albuminurie physiologique chez 4 pour 100 environ des sujets normaux. Depuis des centaines de travaux ont été faits sur cette albuminurie physiologique et le nombre de sujets présentant ce phénomène a oscillé suivant les statistiques et les auteurs entre 2 et 76 pour 100.

T. rapporte les résultats d'une vaste enquête sur ce sujet. Sur 110 jeune filles d'un collège, âgées de 17 ans et plus, il a trouvé de l'albumine chez 26 d'entre elles, soit 23,6 pour 100. Sur 5.042 jeunes filles des postes de 15 ans et plus, il a trouvé de l'albumine chez 843, soit 16,7 pour 100. Sur 912 domestiques âgées de plus de 25 ans, il en a trouvé 72 ayant de l'albumine, soit 8,2 pour 100, alors qu'on en trouva chez 10 étudiantes en médecine sur 22.

En général, les urines du réveil ne contiennent aucune trace d'albumine. La fréquence de l'albumine ne semble pas être liée à l'âge du début de la menstruation. La présence de sucre, en très petite quantité, fut trouvée plus souvent dans les urines du matin ou du soir que dans les urines émises après les repas. La conservation des urines des 24 heures ne semble pas utile pour la recherche du sucre et de l'albumine. La fréquence de l'albuminurie au sixième mois de la grossesse est très rare et, quand elle existe auparavant, elle tend à disparaître dans les premiers mois de la gestation.

André Plichet.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

Astra Nandris. ***Trois cas d'abcès pulmonaire chez l'enfant, guéris par la méthode de Landau*** (*Romania Medicala*, t. X, n° 23, 1er Décembre 1932). — N. cite 3 cas graves d'abcès pulmonaire traités et guéris par les injections intraveineuses d'alcool à 33°.

Il s'agit d'enfants qui, à la suite de pneumonie ou de broncho-pneumonie, ont fait des abcès du poumon diagnostiqués cliniquement, radiologiquement et par le laboratoire, et dont l'état au moment où l'on commença les injections d'alcool était alarmant. Ils ont bien supporté le traitement, quoique ayant reçu des doses assez importantes d'alcool, 10-20 cmc, chaque jour. Les injections se font lentement; elles produisent une ivresse passagère puis un sommeil profond. Elles ne provoqueraient pas d'atteinte hépatique. Le seul inconvénient est la sclérose veineuse. Dans un seul cas, il y eut, après ponction, injection de liquides antiseptiques dans l'abcès. La guérison s'obtient après trois à quatre semaines de traitement, *sans intervention chirurgicale.*

Henri Krauter.

A. Craciuneano et I. Dichter. ***Traitement intestinal des colibacilloses*** (*Romania Medicala*, t. XI, n° 2, 15 Janvier 1933). — Heitz-Boyer a défini la colibacillose comme une infection des voies urinaires par des microbes provenant de l'intestin, par voie sanguine. Si les formes cliniques sont variées, l'agent pathogène l'est aussi: le colibacille, l'entérocoque, le staphylocoque. C. décrit surtout le traitement intestinal. Prescriptions générales: repos au lit, frictions alcoolisées.

Prescriptions spéciales. S'il y a constipation gauche, on réveillera la musculature intestinale par un régime riche en cellulose: légumes verts, fruits crus, pain de seigle.

Mais s'il y a constipation droite, stase cæcale, en particulier, il faut rééduquer l'intestin: aller à la garde-robe à heure fixe, un verre d'eau le matin à jeun. S'il y a spasme intestinal, donner des farineux pour empêcher la putréfaction. Voilà le régime prescrit par M. Téohari: le matin, café d'orge au lait, un peu de beurre, marmelade, pain grillé. Au déjeuner, un peu de viande grillée, légumes verts, macaroni, compotes.

A 4 heures: un verre de lait caillé ou kéfir ou yoghourt. Au dîner: potage aux légumes, fromages frais. A table l'eau ou sirop à l'eau. Au coucher un tilleul.

Quand la constipation n'est pas la cause de la colibacillose, c'est la fermentation qui entre en jeu. Fermentation des albuminoïdes ou des amylacés qu'il faut corriger pour faire virer le microbisme intestinal. Enfin si, au cours de la colibacillose, apparaissent des symptômes appendiculaires ou inversement, il faudra souvent intervenir chirurgicalement. Après l'appendicectomie, les urines deviennent aseptiques, mais les troubles nerveux peuvent persister chez les intestinaux chroniques. Contre la constipation on donnera une cuillerée à café d'huile de ricin, le matin, à jeun, pendant quinze jours. Huile d'olive, 2-3 cuillerées à soupe par jour, sulfate de soude, 1 gr. dans un verre d'eau, huile de paraffine, 1 à 2 cuillerées le soir au coucher. On combattra le spasme intestinal par l'atropine, la belladone, la génatropine. Donner les bacilles lactiques, qui déterminent une flore acidifiante. Employer la maltine ou la pancréatine. Traiter la diarrhée par les astringents: tanin, bismuth, carbonate de calcium. Enfin employer les antiseptiques intestinaux aux doses de 2 à 3 gr. par jour.

On peut renforcer l'action de l'urotropine en donnant du phosphate-acide de soude, *per os.* Mais le colibacille s'adapte et l'on peut alterner les alcalins avec les acides. On peut donner le bleu de méthylène, la gonacrine, la trypaflavine. Le traitement biologique donne des résultats inconstants, à cause de la multiplicité des espèces microbiennes. Les eaux minérales ont une valeur de premier ordre, en modifiant l'état intestinal et en désintoxiquant l'organisme. Vichy, dans les troubles intes-

tinaux d'origine hépatique ou vésiculaire, Châtel-Guyon et Plombières, sédatifs des états spasmodiques, enfin Bride-les-Bains pour les colibacillaires florides. Henri Krauter.

SPITALUL
(Bucarest)

D. E. Paulian, I. Bistriceanu, N. C. Alexiu. ***Sur les cellulites et leur traitement*** (*Spitalul*, t. LII, n° 10, Octobre 1932). — La cellulite est un syndrome dû à l'inflammation chronique du tissu cellulaire sous-cutané ou conjonctif interstitiel et se caractérise par la présence d'indurations ou nodosités tissulaires, placards indurés ou empâtements œdémateux.

La topographie touche avec prédilection les points où l'activité musculaire est réduite, les *points d'insertion* musculaire, véritables points morts de la circul tion lymphatique (Obréja). L'histopathologie confirme la nature inflammatoire des nodosités, et il y aurait des liens étroits entre la cellulite et l'adipose douloureuse de Dercum.

L'étiologie est encore inconnue. Suivant les localisations, on distingue des formes variées: céphalique, cervico-occipitale, thoracique, précordiale (pseudo-angineuse), abdominale, des membres inférieurs et des membres supérieurs.

La cellulite cervico-occipitale donnerait lieu à des causes fréquentes d'erreur de diagnostic (céphalée d'ordre général, névralgies, arthrites sous-occipitales). La cellulite lombaire se confond avec le lumbago. Le diagnostic différentiel des cellulites n'est pas difficile si l'on utilise les trois manœuvres: exercer une pression, frictionner et malaxer la région pour apprécier la consistance des téguments.

Dans les *hyperesthésies cutanées*, le frôlement le plus léger de la peau est douloureux, tandis qu'une pression forte n'est pas douloureuse comme cela se voit *dans les cellulites*.

Le traitement des cellulites est essentiellement physique. Le massage est à la base du traitement. On y a ajouté les galvanisations, les ionisations, la diathermie, les rayons infrarouges. Les ionisations au iodure de Na à 20 pour 100 alternées avec les irradiations caloriques ont donné aux auteurs les meilleurs résultats. Certains associent au traitement physique un traitement thyroïdien. P., B. et A. citent 4 observations de cellulite, traitées et guéries par le traitement électro-physiothérapique.

Henri Krauter.

NORSK MAGASIN FOR LÆGEVIDENSKAPEN
(Upsala)

Anton Jervell. ***Un cas d'arythmie perpétuelle d'étiologie traumatique*** (*Norsk magasin for lægevidenskapen*, n° 1, Janvier 1933). — Il s'agit d'un homme âgé de 46 ans en bonne santé jusqu'au jour où il a reçu un violent traumatisme dans la région scapulaire gauche. Pendant les heures suivantes il a commencé à souffrir de douleurs tenaces, accompagnées d'anxiété. On a alors constaté l'apparition d'une tachyarythmie. Un traitement digitalique et diurétique et un repos de six semaines ont amené la guérison des accidents Cependant, en Septembre 1931, on a observé à nouveau des phénomènes arythmiques. L'électrocardiogramme a montré qu'il s'agissait d'une arythmie complète. Un traitement par la quinidine a fait disparaître définitivement l'arythmie. Le sujet est maintenant en pleine santé, et pratique des sports violents.

J. ne doute pas qu'il s'agisse d'une arythmie d'étiologie traumatique, qui peut être expliquée par une hémorragie dans le tissu musculaire de l'oreillette. P. Jacobsen.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

P. F. Nigst. ***Recherches expérimentales sur les modifications de la régénération du sang par l'hormone sexuelle féminine*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXII, n° 50, 10 Décembre 1932). — N. a fait une prise de sang de 30 à 40 cmc chez des rats et étudié la manière dont la régénération se fait. Il a constaté ainsi que la compensation peut survenir normalement déjà le neuvième jour, mais que bien souvent elle n'est pas survenue entre le douzième et le vingt-quatrième jour. S'il s'agit de femelles castrées, la compensation survient au plus tôt en quinze jours. En général, elle ne s'observe pas entre le douzième et le vingt-quatrième jour.

Chez les animaux traités avec une préparation de folliculine (progynon) on constate, quand il s'agit d'animaux normaux, que la compensation survient beaucoup plus rapidement et d'une façon constante. Chez 4 animaux, il a fallu attendre au plus neuf jours. Chez 5 femelles castrées, la compensation s'est faite entre le septième et le neuvième jour.

Ainsi, il y a lieu d'admettre que l'hormone sexuelle agit en activant les tissus hémopoïétiques. D'ailleurs, les animaux traités par ce médicament témoignent d'une beaucoup plus grande activité que les témoins. Il y a donc lieu de recommander cette thérapeutique en cas de forte perte sanguine afin d'activer la régénération du sang.

P.-E. Morhardt.

A. Loewy. ***Quelques nouveautés sur le mal des montagnes*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXII, n 51, 17 Décembre 1932). — L'étiologie du mal des montagnes est, d'après L., devenue, au cours de ces derniers temps, plutôt plus obscure qu'auparavant. Il est néanmoins certain que l'élévation au-dessus du niveau de la mer et l'insuffisance d'oxygène qui en résulte en constituent les causes les plus essentielles. Mais ces troubles apparaissent de façon variable entre 3.000 et 4.000 ou même 5.000 m. d'altitude. Ils sont caractérisés, tantôt par de la dyspnée, tantôt par des palpitations, de la céphalée, du vertige ou encore des vomissements. Il existe donc une disposition individuelle ou organique conditionnée soit par l'anatomie, soit par les fonctions. Effectivement, les gens âgés, dont l'appareil circulatoire est artério-scléreux, sont moins résistants vis-à-vis de l'altitude.

Parmi les facteurs externes, les météores, l'électricité atmosphérique, il n'y a jusqu'ici rien de démontré. Il n'est pas non plus certain que les gorges étroites favorisent le mal des montagnes. En tout cas, on doit admettre que si l'altitude modérée excite, par contre, les altitudes élevées ont une action plutôt paralysante. Le fait est manifeste, notamment pour les sens inférieurs, comme celui de l'odorat et du goût qui diminuent entre 5.000 et 6.000 m. On sait d'ailleurs qu'une pression correspondant à 7.000 ou 7.500 m. diminue la sensibilité du toucher et du sens musculaire.

L'adaptation à l'altitude ne se fait pas sans peine. Dans les parties élevées du Pérou, on constate l'existence courante des doigts en baguette de tambour. Dans des villes très élevées de Bolivie et du Mexique (Potosi et La Paz), les blancs disparaissent.

En tout cas, il faut distinguer entre la respiration dans une atmosphère raréfiée et la respiration dans une atmosphère pauvre en oxygène. Il y a également lieu de noter que la durée du séjour à l'altitude joue un rôle. On commence à souffrir du manque d'oxygène beaucoup plus bas au cours d'une ascension qu'au cours d'un vol en avion.

Il faut également distinguer les formes aiguës du mal des montagnes des formes chroniques. On a décrit dans le bétail qui vit à l'altitude des diarrhées incoercibles. L. pense qu'en fin de compte on doit surtout, pour arriver à faire des progrès dans cette question, distinguer entre l'air raréfié et l'air pauvre en oxygène. On pourra ainsi comprendre ce qui intervient en dehors de l'oxygène.

P.-E. Morhardt.

W. Brack. ***Observations cliniques sur l'influence du système végétatif sur les muscles squelettiques et la peau*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXII, n° 52, 24 Décembre 1932). — On admet, déjà depuis Vulpian et Heidenhain, que les muscles volontaires sont soumis à l'influence des fibres parasympathiques. Cette opinion est également défendue actuellement par Asher et par Kuré.

Chez des tabétiques, B. a pu constater que la faculté de marcher est modifiée, dans des sens divers, par des préparations à action spécifiquement végétative, comme par exemple la choline, la yohimbine, l'ergotamine, la belladone.

Dans un cas d'atrophie de la peau et des muscles localisée à la moitié gauche du corps et survenue chez un homme actuellement âgé de 27 ans, suivi de près depuis longtemps, il a été constaté d'abord de la pigmentation et de l'atrophie de la peau, du tissu musculaire sous-cutané et des muscles. Dans certaines régions, les lésions des muscles ne coïncident pas avec celles de la peau. Cependant, les muscles fessiers sont les plus atrophiés et la peau qui les recouvre présente également l'atrophie la plus marquée. En outre, la partie gauche de la poitrine est dépourvue de poils. Dans l'ensemble, on doit penser à un excès de fonctionnement du sympathique dans la moitié gauche du corps.

Les premières constatations de la maladie ont été faites par le malade en nageant dans l'eau froide, ce qui provoquait des crampes à gauche (côté malade). Ces crampes surviennent également après la marche et sont très différentes des sensations qui surviennent généralement le lendemain d'une marche fatigante. Les préparations de choline ont fait disparaître les crampes et, en même temps, elles ont augmenté le volume des muscles qui a recommencé à diminuer quand on a cessé ce médicament. L'état de la peau s'est de même un peu amélioré.

B. rappelle la théorie de Asher d'après laquelle la fatigue fait apparaître une substance dont les effets sont combattus par une autre substance ayant le sympathique pour origine et une action inhibante de la fatigue. Dans ces conditions, le sympathique, chez ce malade, agirait d'une façon si continue, que les effets de la substance fatigante ne se manifesteraient pas. D'un autre côté, Hess admet que pour les divers organes, il y a deux adaptations fonctionnelles possibles, l'une ergotrope destinée à donner naissance à une activité extérieure, et l'autre histotrope, destinée à conserver leur fonctionnement aux tissus. Cette théorie paraît plus satisfaisante à B. Les sensations de fatigue qui amènent les centres à réaliser une adaptation histotrope dans les organes fatigués sont conditionnées par des influences parasympathiques et, chez le malade en question, ses muscles n'arriveraient pas à provoquer cette sensation de fatigue, d'où leur atrophie.

En ce qui concerne la peau, des considérations analogues sont valables: un excès d'adaptation ergotrope diminuerait la nutrition et la régénération.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE
(Paris)

Th. de Martel, Monbrun et **J. Guillaume.** ***Ophtalmologie et neuro-chirurgie*** (*Revue Médicale Française*, t. XIII, n° 9, Décembre 1932). — Une étroite collaboration entre le neurologiste et l'ophtalmologiste est indispensable pour préciser le diagnostic de tumeur cérébrale, en déterminer le siège, en établir les indications opératoires.

La stase papillaire doit être recherchée dans tous les cas de troubles psychiques ou sensitivo-moteurs, dans les manifestations comitiales, dans les cas de troubles de la coordination ou du tonus et même parfois dans des troubles d'apparence digestive, certains vomissements pouvant être dus à l'hypertension intracranienne. La valeur séméiologique de la stase est considérable, car si elle manque parfois dans les tumeurs frontales ou pariétales, elle est presque constante lorsqu'il s'agit de l'étage postérieur. Quelques affections peuvent donner de l'œdème papillaire (néphrites, encéphalites), mais en général stase papillaire signifie néoformation intra-cranienne. Son intensité et son évolution sont moins en rapport avec l'importance de la tumeur, qu'avec son siège et sa nature. Aussi on doit surveiller toute stase de très près, et intervenir dès que l'acuité visuelle baisse dans le cas de stase progressive ou même intervenir d'urgence dans le cas de stase papillaire aiguë.

Dans les tumeurs de la région hypophysaire on observe le syndrome chiasmatique avec baisse de l'acuité, tendance à l'atrophie optique primitive et rétrécissement bitemporal du champ visuel. Ces symptômes sont plus ou moins modifiés suivant qu'il s'agit d'adénome hypophysaire, de poche de Ratke, de méningiome supra-sellaire ou d'arachnoïdite de la région opto-chiasmatique.

De petites particularités d'évolution du syndrome permettent parfois de soupçonner la nature de la tumeur. Le traitement chirurgical sera employé si la radiothérapie n'agit pas, et parfois on verra l'acuité visuelle remonter après l'intervention car la pâleur pupillaire est surtout due, au début, à l'ischémie, l'atrophie des fibres nerveuses n'étant qu'une conséquence plus tardive de la compression.

Enfin la constatation d'une hémianopsie latérale homonyme est souvent d'une valeur considérable pour la localisation d'une T. C., soit qu'il s'agisse par exemple d'une hémianopsie en quadrant supérieur avec crises unciformes, témoins d'une tumeur de la pointe du lobe temporo-sphénoïdal, soit qu'il y ait hémianopsie droite avec aphasie, soit enfin qu'une hémianopsie latérale gauche soit le seul indice d'une tumeur temporale muette.

G. Renard.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

Etienne Piot. ***Contribution à l'étude radiologique des péricolites*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XXII, n° 10, Décembre 1932). — En présence d'un malade présentant des signes de réaction colique, diarrhée muco-membraneuse, hémorragies souvent importantes, signes de sténose partielle ou parfois sténose brutale, s'agit-il d'une colite simple ou liée à un dolichocôlon? N'y a-t-il pas volvulus de l'S iliaque? ou néoplasme? ou péricolite et de quelle région? P. précise les éléments que peut fournir le radiologiste au diagnostic de ces diverses affections.

La péricolite segmentaire peut souvent en imposer cliniquement pour un néoplasme, mais celui-ci surtout à son début n'apporte que des signes radiologiques négatifs. En effet, une solution de continuité peut n'être due qu'à un spasme et céder dans le décubitus, et l'aspect lacunaire rester inconstant. A un stade plus avancé, lorsqu'il existe un rétrécissement, la dilatation de l'ampoule rectale, l'arrêt du lavement en tête de serpent, ou brusque dans les cas de cancer, en ficelle, sont des signes de grande valeur.

La péricolite donne une symptomatologie beaucoup plus schématique: l'aspect en *dents de scie*, même l'image en *accordéon* ne prêtent guère à confusion. Chaque fois qu'on obtient des aspects caractéristiques, le diagnostic de cancer est très douteux, celui de péricolite beaucoup plus vraisemblable.

Par contre, les lésions les plus étendues de périviscérite peuvent échapper à un examen minutieux aussi bien par transit que par lavement; il n'en reste pas moins que le diagnostic de certaines périviscérites reste radiologiquement possible, non pas que l'adhérence soit visible, mais ses conséquences peuvent le devenir.

L. Rivet.

André Pratsicas et **Vas. Kourias** (Athènes). ***L'insuffisance rénale chez les ulcéreux de l'estomac et du duodénum (Contribution à l'étude de l'azotémie post-opératoire).*** [*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XXII, n 10, Décembre 1932]. — Après n'importe quelle opération, on peut observer une légère augmentation passagère de l'urée sanguine, ne dépassant pas de 0,30 à 0,40 le taux d'urée constaté avant l'opération: c'est la pointe azotémique, qui a été bien étudiée par Henriet.

P. et K. envisagent des faits différents, d'azotémie pré- et post-opératoire, chez les ulcéreux de l'estomac et du duodénum, azotémie importante dont on peut mourir, et pour laquelle l'intervention du rein semble certaine. Le Noir, Jacquelin et Richet fils ont relaté des faits de ce genre et R. Gaultier admet que l'ulcère chronique peut entraîner des lésions rénales qui aggravent son pronostic et peuvent compromettre le résultat opératoire de l'ulcère. Telle est l'opinion de P. et K. Rappelant les travaux de Duval, J.-Ch. Roux, Girault et Moutier, ils estiment qu'il s'agit d'une néphrite de nature toxique ou infectieuse. L'azotémie post-opératoire est due à ce que l'infection latente ou manifeste de l'ulcère reçoit un coup de fouet du fait de l'opération pendant laquelle on doit manipuler, comprimer par des pinces, sectionner des tissus plus ou moins infectés, d'où mobilisation des agents infectieux qui, de la muqueuse gastrique, vont agir sur le rein déjà altéré et en état de moindre résistance. Ceci conduit à envisager l'azotémie post-opératoire chez les ulcéreux de l'estomac comme la traduction d'une néphrite infectieuse qui est sous la dépendance du processus inflammatoire gastrique actionné par l'acte opératoire.

Parmi toutes les maladies chroniques septiques qui peuvent léser le rein, l'ulcère gastro-duodénal le lèse avec une électivité remarquable, comparable à celle de l'endocardite maligne lente. Quand l'ulcère se complique de sténose, de stase gastrique, il en résulte une circonstance aggravante vis-à-vis du rein.

P. et K. relatent par le détail 12 observations.

Ils étudient le mécanisme pathogénique et le diagnostic de l'insuffisance rénale chez les ulcéreux de l'estomac et exposent les divers éléments sur lesquels peut s'appuyer chez eux le diagnostic de néphrite. Ils montrent les difficultés que rencontre le pronostic, l'azotémie post-opératoire pouvant apparaître alors que les reins avant l'opération avaient paru fonctionnellement suffisants. Cette notion doit imposer un examen soigneux de la fonction rénale et des soins préventifs avant l'opération. Contre les accidents d'azotémie, on essaiera surtout de maintenir la diurèse.

L. Rivet.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

Jean Hutinel, R. Kourilsky et **Et. Nicolas.** ***Les abcès du poumon chez l'enfant*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXV, n° 12, Décembre 1932). — Les abcès du poumon sont primitifs ou secondaires à un épisode infectieux, traumatique ou opératoire. Aux Etats-Unis les abcès du poumon secondaires à l'amygdalectomie ne sont pas exceptionnels (200 cas sur 3.000 opérations). Une place spéciale doit être accordée aux abcès secondaires aux corps étrangers intra-bronchiques.

Les *abcès aigus à pyogènes banaux*, les plus fréquents, évoluent en trois phases: *a*) stade de pneumopathie aiguë ou subaiguë de type bronchique, pulmonaire ou pleuro-pulmonaire; *b*) stade de *vomique*, symptôme cardinal; c) stade *d'évacuation* prolongée. Dans la grande majorité des cas, la guérison spontanée survient au bout d'un mois environ. Il faut donc savoir attendre et ne pas conseiller une intervention inutile.

L'évolution peut être aggravée par des complications et notamment par des *complications pleurales* ou par une septicémie; mais celle-ci elle-même n'implique pas toujours un pronostic fatal.

Au point de vue *radiologique*, il convient de noter que le lipiodol introduit par les voies naturelles (intercricothyroïdienne ou sus-glottique) ne pénètre jamais dans la cavité de l'abcès.

Au point de vue de l'agent causal on peut observer des *abcès à pneumocoques, à staphylocoques, à entérocoques*; des *abcès amibiens* rapidement influencés par l'émétine; des *abcès putrides subaigus*.

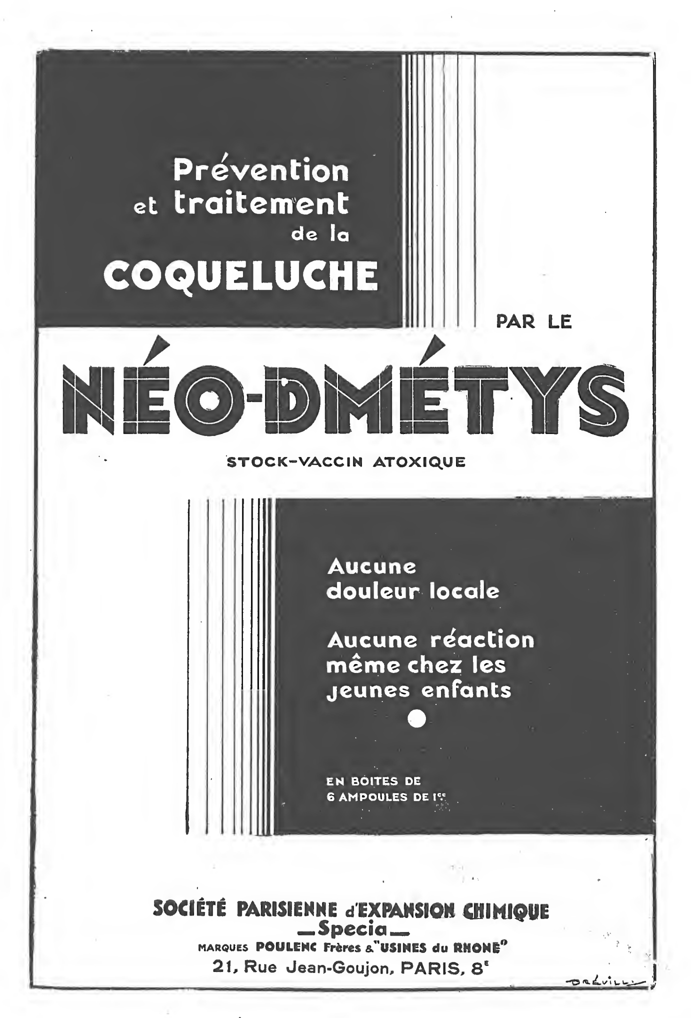
Après avoir étudié l'anatomie pathologique des abcès du poumon et décrit les *abcès simples* et les *abcès putrides*, H., K. et N. montrent qu'une série de conditions spéciales au jeune âge rendent *le diagnostic* des abcès pulmonaires plus difficile chez l'adulte. Les trois éléments essentiels du diagnostic sont les suivants: apparition au cours d'un état broncho-pneumonique aigu ou subaigu d'une élimination purulente par les voies aériennes et d'une image radiologique de cavité hydro-aérique limitée.

Lorsque cette triade symptomatique fait défaut il faut chercher d'autres éléments. La leucocytose sanguine avec polynucléose peut s'observer dans les broncho-pneumonies aiguës non suppurées. La ponction ne permet pas à elle seule de préciser le siège de la collection et elle n'est pas sans inconvénients.

Après élimination purulente fractionnée ou brusque, sous forme de vomique, le diagnostic différentiel se pose avec les suppurations purulentes enkystées et les suppurations bronchiques. Sans vouloir nier l'existence des pleurésies interlobaires on est obligé de convenir de la difficulté du diagnostic et de la rareté de ces pleurésies par rapport à la fréquence des autres pleurésies purulentes enkystées.

Le diagnostic se complique encore de l'association fréquente des trois variétés de suppurations: pulmonaire, pleurale et bronchique.

Au point de vue du *traitement*, H., K. et N. insistent sur la fréquence de la guérison spontanée


Prévention
et traitement
de la
COQUELUCHE
PAR LE
NÉO-DMÉTYS
STOCK-VACCIN ATOXIQUE
Aucune
douleur locale
Aucune réaction
même chez les
jeunes enfants
EN BOITES DE
6 AMPOULES DE 1cc
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
21, Rue Jean-Goujon, PARIS, 8e

et conseillent la prudence thérapeutique. Le traitement médical comporte les soins habituels aux infections broncho-pulmonaires. La vaccinothérapie a été souvent employée sans que sa spécificité ou son efficacité soient bien démontrées.

Récemment Thursz a préconisé les injections intraveineuses d'alcool à 33 pour 100 en solution physiologique. Les résultats justifieraient de plus amples essais.

L'aspiration bronchoscopique, très en honneur en Amérique, n'a pas encore été appliquée en France. La collapsothérapie est à rejeter étant donnés ses dangers.

Lorsque la guérison tarde, comme dans les cas rares d'abcès putrides, on pourrait avoir recours à la pneumotomie en deux temps sous anesthésie locale. La phrénicectomie, parfois employée chez l'adulte pour les suppurations de la base, n'a pas été utilisée chez l'enfant. Des lobectomies du lobe inférieur ont été pratiquées par Sauerbruch, par Lilienthal dans les cas de bronchectasie.

Une mention particulière doit être faite des *abcès par corps étrangers endo-bronchiques.* L'extirpation de ces derniers à la pince doit être suivie d'aspiration. G. Schreiber.

ARCHIVES MEDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
(Paris)

L. de Winter et **J. Sebrechts** (Bruges). ***Le collapsus électif et l'apicolyse avec plombage par muscles munis de leur pédicule vasculaire dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. VII, n° 5, 1932). — W. et S., apportent ici le fruit d'une collaboration médico-chirurgicale de six années dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire est indiqué lorsque la symphyse pleurale s'oppose à l'établissement du pneumothorax chez les malades pour lesquels le collapsus pulmonaire est la condition formelle de la guérison. Il peut être envisagé dans les cas de tuberculose pulmonaire évolutive où tout fait prévoir une évolution progressive; la bilatéralité des lésions n'est pas une contre-indication absolue. Le collapsus chirurgical doit se limiter aux parties malades et à leur voisinage immédiat; il doit assurer le repos fonctionnel de ces régions et permettre l'affrontement des parois cavitaires. Ce collapsus électif et radical ne peut être réalisé que par étapes successives et par combinaison de diverses techniques.

A la phrénicectomie, W. et S. préfèrent la phrénoalcoolisation avec tatouage. Suivant la nature des lésions à collaber, la thoracoplastie par voie dorsale doit être plus ou moins étendue; on peut augmenter l'importance du collapsus réalisé par costectomie en luxant l'omoplate dans le thorax et en supprimant la gouttière costo-vertébrale, en enlevant les côtes par luxation et arrachement de l'articulation costo-vertébrale. La résection des premières côtes ne permet pas un collapsus suffisant du sommet pulmonaire creusé de cavernes. L'apicolyse sans plombage ne donne généralement qu'un collapsus illusoire. Le décollement étendu du sommet du poumon est une intervention chirurgicale extrêmement grave. On ne doit pas tenter de collaber de vastes cavernes par une large apicolyse.

Pour l'apicolyse avec plombage, les muscles pectoraux munis de leur pédicule vasculaire forment une masse parfaite. Il est indiqué de commencer le collapsus par une apicolyse proportionnée à la masse de plombage formé par ces muscles. On complète ultérieurement par la résection plus ou moins étendue en un ou plusieurs temps.

Des dessins illustrent la description de la technique opératoire, des tableaux, des radiographies viennent montrer les résultats obtenus chez 200 malades.

La mortalité post-opératoire de l'apicolyse a été de 21 pour 100. On compterait 64 pour 100 d'échecs et 36 pour 100 de succès. Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
(Marseille)

Y. Bourde et **R. Gary.** ***Accidents nerveux comparables succédant les uns à la rachi-anesthésie, les autres à l'anesthésie générale. Pathogénie de ces accidents*** (*Archives de médecine générale et coloniale*, t. I, n° 7, Octobre 1932). — Ayant observé, après anesthésie générale à l'éther pour hystérectomie et épiploectomie, une paraplégie flasque des membres inférieurs à type radiculaire, prédominant sur le quadriceps et la loge antéro-externe de la jambe, B. et G. comparent les faits analogues, signalés après anesthésie au chloroforme ou à l'éther, aux paraplégies flasques qui succèdent à la rachi-anesthésie. Quelquefois, celles-ci offrent un tableau tout à fait semblable, comme dans le cas qu'ils ont eu l'occasion de voir après une injection intra-rachidienne de 3 cmc de syncaïne à 4 pour 100.

Il semble que la pathogénie des accidents nerveux post-anesthésiques ne soit par univoque. Tantôt on peut incriminer une compression directe du nerf crural par exemple, au cours de l'intervention, tantôt l'intoxication par l'anesthésie; quelquefois, plusieurs facteurs étiologiques additionnent leurs effets. Les paralysies post-opératoires survenant après anesthésie générale sont attribuées moins fréquemment à l'intoxication que celles survenant après rachi-anesthésie. Il ne faut pas accuser *a priori* la rachi-anesthésie de tous les méfaits qui lui succèdent. Robert Clément.

J. Olmer. ***Les formes hépatiques de la maladie d'Hodgkin*** (*Archives de médecine générale et coloniale*, t. I, n° 7, Octobre 1932). — Il est assez fréquent de constater, au cours de la lympho-granulomatose maligne, une augmentation légère du volume du foie, mais l'atteinte hépatique peut être beaucoup plus marquée et peut même prendre la première place dans le tableau clinique.

On peut distinguer des formes hépatomégaliques et des formes ictériques. O. rapporte une observation de chacun de ces 2 types. Dans le premier cas, l'hypertrophie hépatique douloureuse avec fièvre avait fait penser à un abcès du foie, mais les adénopathies, le prurit et les signes sanguins orientèrent le diagnostic que vint confirmer une biopsie.

A défaut d'autopsie, on est réduit à des hypothèses pour fixer la pathogénie de l'ictère progressif, terminé au milieu d'un syndrome d'ictère grave survenu chez un homme de 36 ans, porteur d'une adénopathie carotidienne que la biopsie révéla granulomateuse. On peut supposer qu'il n'y avait pas seulement compression des voies biliaires par des ganglions hypertrophiés, mais qu'il existait une atteinte hépatique.

Il faut songer à l'éventualité d'une maladie de Hodgkin en présence de syndromes hépatiques et en rechercher les divers signes cliniques et hématologiques. Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Caussimon. ***La réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, t. LIV, n° 2, 8 Janvier 1933). — Dans la méningite tuberculeuse, le liquide céphalo-rachidien donne, avec la réaction de Vernes à la résorcine, des indices photométriques très élevés, largement au-dessus de 100. Dans 3 cas, C. a obtenu 168, 151, 343 confirmant les résultats obtenus à l'Institut prophylactique. Au contraire, lorsque le liquide céphalo-rachidien est normal, l'indice photométrique est extrêmement bas (4 dans un cas de C. où l'on craignait une réaction méningée chez une tuberculeuse). Et dans les méningites aiguës à méningocoques, à pneumocoques ou à germes divers l'indice photométrique oscille entre 15 et 22.

L'élévation de l'indice photométrique du liquide céphalo-rachidien est indépendante de l'indice photométrique du sérum sanguin. Ce phénomène s'explique par l'indépendance relative du sac méningé.

L'intensité de la floculation, beaucoup plus élevée que celle rencontrée dans le sérum des tuberculeux, peut provisoirement s'expliquer par la pénétration abondante d'antigènes dans le liquide céphalo-rachidien et aussi par le fait que ces antigènes ne sont pas comme dans le sérum neutralisés en partie par la formation d'anticorps.

La floculation à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien des états méningés, et particulièrement lorsqu'on est en droit de soupçonner une méningite tuberculeuse, mérite d'être employée, car elle possède une réelle valeur diagnostique et pronostique et vient compléter les autres recherches biologiques. Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

S. Rosenbaum. ***Pathogénie de l'« intoxication des nourrissons » (choléra infantile)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 50, 9 Décembre 1932]. — Les pédiatres connaissent bien le tableau de la diarrhée grave des nourrissons qui a été désignée par Finkelstein sous le nom de « Intoxication », par Czerny sous celui de « toxicose », rappelant ainsi le syndrome toxique accentué qui la caractérise. La pathogénie de cette affection, plus connue en France sous la dénomination de choléra infantile, demeure discutée. R. s'est efforcé de rechercher expérimentalement la solution des problèmes qui lui paraissent les plus importants:

1° Quel est le rôle de la diarrhée dans le déterminisme des phénomènes ?

2° Quel est le poison actif ?

3° Où siègent les lésions essentielles ?

L'importance de la *diarrhée* apparaît cliniquement du fait de sa précession quasi constante. Lorsqu'elle manque il existe des troubles qui doivent vraisemblablement suppléer à la diarrhée: ce sont les vomissements déterminant une notable déshydratation. Le rôle de la déshydratation apparaîtrait donc au premier plan du mécanisme de l'intoxication.

On sait que l'exsiccose a été incriminée dans le mécanisme de la fièvre. Certains ont admis à ce point de vue une action primordiale des albumines de la ration; pour d'autres c'est la déshydratation localisée surtout dans le domaine porte qui serait en cause. Enfin l'hyperthermie observée lors des régimes riches en albumine et pauvres en eau a été rapprochée du syndrome de toxicose.

Cependant il n'y a certes pas d'identité entre ces phénomènes car ni expérimentalement, ni cliniquement l'intoxication ne peut être déterminée par un tel régime. Mais il existe pourtant une parenté entre les accidents fébriles et toxiques.

L'expérimentation chez l'animal n'a jamais réussi à déterminer au cours des essais diététiques simples le symptôme cardinal de la toxicose, c'est-

à-dire les troubles respiratoires avec respiration ample et lente.

L'existence d'un *poison* paraît donc être nécessaire pour provoquer les phénomènes toxiques. On note souvent des troubles respiratoires lors de la colibacillémie du nourrisson; or, la diarrhée du choléra infantile s'accompagne habituellement d'une pullulation colibacillaire dans l'intestin. C'est donc l'endotoxine colibacillaire qui pourrait être incriminée, et son importance est confirmée par des expériences sur l'animal; en ayant soin d'associer déshydratation et injection de toxine colibacillaire, on réalise le syndrome toxique. Certains mélanges aminés ont une action analogue, mais la toxicose demeure en réalité attribuable à l'endotoxine seule, n'agissant d'ailleurs que si l'organisme est en état de déshydratation.

La *localisation viscérale* de l'intoxication paraît être le système nerveux central. Dans son atteinte, le choc circulatoire joue peut-être un rôle mais accessoirement. Il faut également souligner l'influence de la déshydratation au niveau du cerveau, favorisant la perméabilité vasculaire et permettant ainsi le passage de l'endotoxine à laquelle ne s'oppose plus la barrière pariétale vasculaire.

En conclusion, R. préconise en thérapeutique de faire porter le maximum d'effort sur la réhydratation afin de lutter contre l'un des éléments capitaux du syndrome. En outre, les inhalations d'oxygène et surtout la réalimentation à l'aide d'un régime nutritif, non toxique (lait de femme), demeurent de précieuses méthodes de traitement.

Le point de vue prophylactique est plus important encore, la mortalité de l'affection atteignant 23 pour 100. Toute perte d'eau sera évitée, et le régime sera soigneusement surveillé afin d'enrayer toute cause de dyspepsie.

G. Dreyfus-Sée.

Jahnke. *Manifestations cardio-gastriques durables, consécutives à la phrénicectomie gauche* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 50, 9 Décembre 1932). — Des troubles passagers et durables portant sur le fonctionnement cardiaque et gastrique ont été signalés après les phrénicectomies gauches. Certains peuvent indiscutablement être considérés comme des manifestations neuropathiques post-opératoires; mais des cas plus sévères ont été relatés comportant: des troubles cardiaques, des douleurs rétrosternales et dans le dos, une sensation de plénitude gastrique post-prandiale, nausées et douleurs gastriques, etc.

Le rôle de la paralysie diaphragmatique gauche dans ces phénomènes mérite d'être discuté.

En pratique, lors des nombreuses phrénicectomies (106 gauches) pratiquées par J., il n'a constaté aucun trouble sérieux durable. Les manifestations, habituellement légères, cédaient en quelques semaines; le système cardio-vasculaire, de même que l'estomac, s'adaptent vite aux nouvelles conditions fonctionnelles.

En pratique, la crainte de ces incidents est injustifiée; leur rareté, leur bénignité, leur durée éphémère les rendent négligeable et ils ne doivent nullement être considérés lorsqu'on envisage la nécessité d'une phrénicectomie gauche.

G. Dreyfus-Sée.

Staemmler. *Nicotine et surrénales* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 50, 9 Décembre 1932). — L'appréciation du fonctionnement des surrénales peut se faire de 2 façons: soit vérification de l'adrénalinémie, soit examen microscopique des surrénales avec recherche de la substance chromaffine et dosage de l'adrénaline de la glande. La première méthode renseigne sur l'excrétion de l'adrénaline mais non sur sa sécrétion, car l'adrénalinémie peut s'élever passagèrement par épuisement des réserves de la surrénale sans qu'il y ait hyperproduction. Les aspects anatomiques sont caractéristiques de ces 2 formes d'hypersécrétion et hyperexcrétion.

La nicotine agit sur les surrénales. Déjà de faibles doses élèvent l'adrénalinémie. L'action s'effectue directement sur la médullaire sans intermédiaire du système nerveux car elle persiste après énervation de la glande. Une paralysie succède d'ailleurs à la phase d'hyperexcrétion. L'examen microscopique de la surrénale a été pratiqué systématiquement par S. pour vérifier le mode d'action de la nicotine après intoxication plus ou moins prolongée.

L'intoxication détermine une hyperexcrétion. Celle-ci s'effectue d'abord sans lésion de la médullaire, puis lorsqu'elle s'accentue ou subsiste, les lésions apparaissent. On ne constate nul symptôme témoignant d'une hyperproduction d'adrénaline. Si l'intoxication se prolonge, la substance chromaffine disparaît, la médullaire est épuisée. Si on l'interrompt, au contraire, une réaction d'hypersécrétion se produit secondairement: mais il ne s'agit plus d'une conséquence de l'intoxication nicotinique; c'est une régénération fonctionnelle consécutive à l'épuisement adrénalinique, véritable réaction de défense. La conception de S. diffère donc de celle des physiologistes. Il ne s'agit pas, selon lui, d'une phase d'excitation puis d'une action inhibante secondaire de la nicotine; celle-ci agit en épuisant la médullaire qui excrète toute son adrénaline; puis secondairement, après cessation de l'intoxication, une hypersécrétion réactionnelle se produit.

G. Dreyfus-Sée.

Krebs. *Contribution à l'étude des névralgies et myalgies* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 51, 16 Décembre 1932). — Nombre de malades se plaignent de phénomènes douloureux articulaires alors que leur lésion siège en réalité sur le système neuro-musculaire. Ces sujets sont souvent adressés aux stations de cure hydro-minérale, avec le diagnostic erroné de rhumatisme chronique. La différenciation clinique des névralgies, névrites et myalgies qui sont à l'origine de ces troubles paraît très difficile à établir, et il semble à K. qu'il s'agit le plus souvent de degrés évolutifs différents, ou même de lésions diffuses associées. La recherche des points douloureux nerveux précis permet de reconnaître cette origine neuro-musculaire et de la distinguer des douleurs qui relèveraient en réalité de lésions vertébrales initiales: spondylose, spondylite chronique. Peut-être même y a-t-il dans certains cas des altérations spinales de la corne postérieure.

L'intérêt essentiel de ces notions, qui ont d'ailleurs été bien souvent mises en évidence, résiderait pour K. dans l'orientation du traitement hydrominéral. La cure devra en effet être dirigée sur la lésion vertébrale étiologique et non sur les articulations douloureuses sur lesquelles l'attention avait été d'abord attirée.

G. Dreyfus-Sée.

J. Hein. *L'anesthésie du phrénique comme test opératoire* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 52, 23 Décembre 1932). — L'exérèse ou la section du phrénique déterminent selon les sujets des résultats très variables et imprévisibles. Alors qu'une ascension diaphragmatique notable et un bon collapsus pulmonaire sont obtenus dans quelques cas, d'autres interventions répondant apparemment aux mêmes indications échouent presque totalement. Pour éviter ces phrénicectomies inutiles, ainsi que celles qui déterminent une aggravation de la gène respiratoire, H. propose de pratiquer systématiquement le test de l'anesthésie phrénique préalable. L'injection anesthésiante d'une solution à 1/2 pour 100 de novocaïne dans le nerf détermine sa paralysie transitoire durant une demi-heure à deux heures. L'examen radiologique du sujet ainsi que l'étude de sa tolérance clinique pendant ce temps permet d'apprécier très exactement les résultats de la phrénicectomie.

Dans tous les cas observés par H. l'effet de l'intervention pratiquée ultérieurement s'est montré identique à celui obtenu au cours de la paralysie diaphragmatique éphémère de l'épreuve anesthésique. Ce test, aisé à rechercher, ne faisant courir aucun risque au malade, donnerait donc de précieuses indications quant à la nécessité et à l'utilité de la phrénicectomie définitive.

G. Dreyfus-Sée.

Aschheim et Hohlweg. *Existence de substances actives œstrogènes dans les « goudrons »* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 1, 6 Janvier 1933). — On désigne sous le nom de « goudrons » des substances organiques fossiles, solides, liquides ou gazeuses, essentiellement constituées par des combinaisons hydrogénées et carburées et contenant, en outre de l'oxygène, un peu d'azote et du soufre. Elles proviennent de résidus d'animaux ou végétaux variables. Les substances œstrogènes sont celles qui sont capables de déclencher chez l'animal le cycle œstrien.

Or A. et H. ont mis en évidence de telles substances dans les « goudrons »: pétrole, tourbe de marais, charbon. Elles présentaient des caractères biologiques comparables à ceux de l'hormone folliculaire. Les valeurs en unité hormonique des diverses substances ont été établies pour une série d'entre elles. Il existe une variation considérable allant de 400 à 10.000 unités de cycle œstrien vérifiées chez la lapine castrée.

Les substances actives ainsi mises en évidence proviennent vraisemblablement des résidus animaux ou végétaux aux dépens desquels se sont constitués les goudrons.

G. Dreyfus-Sée.

Schottmuller. *Le traitement de la poliomyélite par la transfusion de sang de convalescents* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 2, 13 Janvier 1933). — La transfusion sanguine massive paraît à S. nettement supérieure aux injections de sérum de convalescents de poliomyélite. Le traitement est tout d'abord plus rapidement institué puisqu'il faut dix-huit à vingt-quatre heures pour se procurer du sérum vérifié au point de vue de sa stérilité; en outre, il est difficile d'obtenir ce sérum en quantité suffisante. Par contre, l'hémothérapie peut être pratiquée immédiatement et des transfusions de 500 à 1.200 cmc sont possibles. L'injection intraveineuse a une action plus rapide que les autres voies d'introduction utilisées pour le sérum; enfin, le sang total et vivant contient vraisemblablement des anticorps plus complexes encore que le sérum. L'appel immédiat d'un ancien poliomyélitique, susceptible de servir de donneur, pourrait aisément être facilité par l'établissement d'une liste de ces sujets consentant à répondre aux appels téléphoniques d'urgence.

Evidemment, on ne pratiquera cette hémothérapie que dans les cas où le diagnostic aura été posé précocement et avec certitude.

Dans 2 cas graves récemment observés par S. cette thérapeutique lui a paru avoir une efficacité supérieure aux techniques habituelles. La transfusion de sang de convalescent ou d'anciens malades lui semble donc devoir être la méthode de choix dans la poliomyélite.

G. Dreyfus-Sée.

U. Fleck. *Observations sur le traitement des encéphalitiques chroniques* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 2, 13 Janvier 1933). — La station de Göttinger a été spécialement affectée aux post-encéphalitiques et surtout aux parkinsoniens adultes. Depuis son ouverture en 1926, 502 sujets y ont été traités.

LE VEINOTROPE

TRAITEMENT INTÉGRAL
de la
Maladie veineuse
et de ses complications

Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux Rayons U. V.

FORMULE M
(Usage Masculin)

Para-Thyroïde	0.001
Orchitine	0.035
Surrénale	0.005
Pancréas	0.100
Hypophyse (lobe post.)	0.001
Extrait de Marron d'Inde	0.005
Extrait d'Hamamélis Virginica	0.010
Poudre de Noix Vomique	0.005

Excipient q. s.
pour un comprimé de 0 gr. 35

(Comprimés rouges)

3 Formes

DOSE : 2 comprimés en moyenne 1 heure avant les deux repas principaux ou suivant prescription médicale. Avaler sans croquer.

DURÉE DU TRAITEMENT
3 semaines par mois. Chez la femme interrompre au moment des règles.

FORMULE F
(Usage Féminin)

Para-Thyroïde	0.001
Ovaire	0.035
Surrénale	0.005
Pancréas	0.100
Hypophyse (lobe post.)	0.001
Extrait de Marron d'Inde	0.005
Extrait d'Hamamélis Virginica	0.010
Poudre de Noix Vomique	0.005

Excipient q. s.
pour un comprimé de 0 gr. 35

(Comprimés Violets)

VEINOTROPE-POUDRE
(ULCÈRES VARIQUEUX et plaies en général)

Extrait embryonnaire	1 gr.
Protéoses hypotensives du Pancréas	3 gr.
Calomel	4 gr.
Talc stérile q. s. pour	100 gr.

Poudrer après lavage au sérum physiologique et recouvrir de gaze stérile.

LABORATOIRES LOBICA
46 Avenue des Ternes PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

192 d'entre eux étaient en traitement avant 1930 et ont subi les thérapeutiques habituelles. 15 sont morts, dont 4 par suicide, 5 par affections aiguës intercurrentes, 1 seul par tuberculose (affection dont la rareté chez les anciens encéphalitiques a été souvent notée), enfin 4 ont présenté des signes d'encéphalite aiguë mortelle, 1 mort par cause inconnue. Chez ces 192 sujets les traitements institués comportaient l'arsenic, la scopolamine et l'atropine à faible doses. Ils ont fourni les résultats suivants :

86, 6 pour 100 des sujets demeurent incapables de travailler; 6,8 pour 100 ne peuvent accomplir qu'un travail limité après comme avant le traitement; 6,6 pour 100 ont été nettement améliorés.

A ces résultats médiocres s'opposent les observations des sujets à qui ont été administrées depuis 1930 les hautes doses d'atropine préconisées par Anna Kleemann :

Solution d'atropine à 0,25 pour 100 (0 milligr. 25 par 1/10 cmc). Injection de 0 milligr. 50 le premier jour, puis dose augmentée chaque jour de 0 milligr. 5 jusqu'à ce que les progrès observés cessent de se poursuivre. A ce moment diminution de 0 milligr. 5 par jour, jusqu'à une dose déterminant une régression des phénomènes d'amélioration obtenus. La dose optima qu'il faudra maintenir ultérieurement est un peu supérieure à cette dernière dose.

Les troubles végétatifs sont tout particulièrement influencés par ce traitement : le ptyalisme en particulier. La rigidité cède nettement ainsi que les phénomènes de rétropulsion. Par contre, le tremblement, les spasmes oculaires sont peu modifiés ainsi que l'agitation, l'impossibilité de rester immobile debout ou assis. Les troubles psychiques ne subissent pas d'amélioration évidente.

Mais dans l'ensemble, la plupart des sujets purent reprendre des occupations actives sans toutefois être capables de pratiquer leurs métiers antérieurs lorsque ceux-ci exigeaient de l'adresse ou de la force.

Quelques troubles accessoires sont signalés lors du traitement atropiné : trouble de l'accommodation nécessitant le port de lunettes correctrices, sensation de sécheresse buccale, quelquefois nausées et vomissements. La tachycardie est fréquente au début ; l'amaigrissement peut être enrayé par l'insuline et les injections sucrées.

Quelquefois la bellafolline ou la génatropine devront être substituées à l'atropine mal tolérée.

Il faut d'ailleurs s'efforcer d'éviter les doses massives telles que les 100 milligr. quotidiennement administrés à certains malades par A. Kleemann. Enfin les traitements hydrothérapique, mécanothérapique et psychothérapique seront poursuivis concurremment à la médication atropinique. Dans ces conditions et sous surveillance médicale telle qu'elle est parfaitement réalisée dans les stations spécialisées, la médication peut être appliquée sans risque et avec des succès notables.

G. Dreyfus-Sée.

Zieler. ***Pourquoi n'y a-t-il pas parallélisme entre la régression de la syphilis et celle de la blennorragie ?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 3, 20 Janvier 1933). — Alors que le nombre de nouvelles contaminations syphilitiques paraît nettement en régression depuis 1920, il n'en est nullement ainsi pour la blennorragie. La diminution de la syphilis n'est pas en relation avec des variations épidémiologiques, mais elle paraît due aux progrès des techniques de dépistage et de l'organisation thérapeutique.

On s'est demandé si une connaissance moindre de la blennorragie pouvait être incriminée.

De l'étude à laquelle s'est livré Z., il résulte que la propagation de la gonorrhée est explicable surtout par la difficulté du traitement qui doit être individuel et soigneux et ne peut être conçu ainsi que pour la syphilis comme un traitement de masse effectué aux dispensaires. C'est la blennorragie chronique à reprises aiguës de la femme, souvent méconnue et non traitée, qui constitue le plus grand danger. Une grande partie de ces malades échappent aux soins médicaux, près de la moitié répandent ainsi l'affection.

Il ne s'agit donc nullement, à l'heure actuelle, d'encourager aux moyens de coûteux instituts les recherches concernant le gonocoque. Les notions acquises suffisent amplement pour permettre la lutte contre la maladie reconnue, mais c'est l'intensification du dépistage et l'éducation des médecins permettant l'application des moyens connus de stérilisation qui constituent les mesures réellement utiles.

G. Dreyfus-Sée.

E. Herzfeld et **A. Frieder.** ***La catéchine (substance inhibante) de la thyroïde et son utilisation thérapeutique dans le syndrome de Basedow*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 3, 20 Janvier 1933). — Blum a établi, il y a deux ans, l'existence d'une hormone parathyroïdienne circulant dans le sang et l'existence d'une substance antithyroïdienne dans ce sang. Expérimentalement, des animaux parathyroïdectomisés ont survécu des années grâce à l'administration de cette hormone. Une forme desséchée de ce sang riche en hormone a été obtenue, et cette hémocrinine (*Hämokrinin*) a un rôle anti-tétanique net. Mais cette hormone a en outre une action anti-thyroïdienne qui a été expérimentalement démontrée par Blum puis par H. et nos collaborateurs chez les têtards, les salamandres et l'axolotl.

Cliniquement le régime de Blum et l'hémocrinine ont fourni de notables succès chez les basedowiens, à condition de les maintenir constamment (thérapeutique de substitution hormonale).

Il était intéressant de préciser la substance active et de l'isoler afin d'éviter de se servir de quantités inconnues et vraisemblablement variables de substance utile et également afin de ne pas être obligé d'employer de nombreuses tablettes d'hémocrinine coûteuse (40 tablettes par jour !). Blum a réussi à isoler cette *catéchine* (substance inhibante) antithyroïdienne sous forme pure, active et standardisée. Le produit ainsi obtenu est préparé sous le nom de *tyronorman* en tablettes de 10 unités Blum (quantité suffisante pour neutraliser 1/1.000 de milligramme d'iode sous forme d'albumine iodée thyroïdiene dans les essais sur les échanges métaboliques du lapin).

H. et F. ont expérimenté le tyronorman en clinique chez 18 basedowiens graves et ont obtenu un succès manifeste chez 16 d'entre eux. Les 2 échecs étaient explicables, dans 1 cas par une tumeur du corps thyroïde, dans l'autre par l'irrégularité du traitement dû à des conditions sociales. Les doses utiles n'ont pas dépassé 90 unités par jour (9 tablettes). En une ou deux semaines tous les symptômes régressent notablement, le traitement doit être poursuivi intensément quatre à six semaines selon les cas, puis on peut diminuer les doses et établir des cures intermittentes. Durant le traitement la diététique doit être strictement réglée : suppression absolue de viande, volailles, poisson, charcuterie, bouillon et divers dérivés de la viande ; suppression de café fort, de thé, de tabac et d'alcool en excès. Par contre les graisses même d'origine animale sont autorisées (graisse de porc, d'oie, margarine, etc.). Les hydrates de carbone seront largement utilisés sous toutes leurs formes. Beurre, crème, lait et ses sous-produits constituent enfin une partie importante du régime.

G. Dreyfus-Sée.

Zondek et **Bandmann.** ***Les métaux lourds dans les cellules*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 3, 20 Janvier 1933). — Fer et cuivre appartiennent aux tissus. Pour en établir le rôle exact la méthode d'apport est insuffisante car toutes substances introduites dans l'organisme peuvent y déterminer des modifications tissulaires. Le rôle respiratoire du fer, le rôle antianémique du cuivre ne sauraient donc être démontrés par l'administration de ces métaux.

La méthode qui paraît à Z. et B. plus féconde est celle qui consiste à doser les métaux lourds dans les tissus, à en établir les proportions relatives et à rechercher les conditions qui les font varier.

En ce qui concerne le cuivre, les recherches ont montré que sa localisation dans les tissus vivants était analogue à celle de la vitamine B : dans le règne animal comme végétal, lorsque les études biologiques démontrent la richesse en vitamine B, le cuivre peut être dosé en proportion élevée.

Nous savons que la vitamine B est complexe et ses relations avec le cuivre sont d'autant plus difficiles à établir. Jansen, Windaus et Laquer ont réussi à obtenir une forme critallisée de la vitamine B, anti-névritique : celle-ci ne contient pas de cuivre. Il est vraisemblable que la coïncidence de l'existence du métal et de la vitamine est due à ce que le même processus biologique exige leur double présence.

La vitamine B exerce une influence sur le développement du germe et du fœtus, et on note dans le jaune d'œuf une teneur cuprique élevée, de telle sorte que le rôle du cuivre dans la croissance fœtale peut être discuté.

L'importance du cuivre et aussi du fer dans les processus de croissance, de développement embryonnaire constitue le point de départ d'une hypothèse selon laquelle ces métaux lourds joueraient un rôle dans les processus humoraux. Cependant la pauvreté en cuivre des cellules cancéreuses contraste avec la richesse habituelle des cellules embryonnaires. Les même constatations ont été faites dans des tumeurs expérimentales des rats et lors des cancers humains. Dans ces derniers la teneur métallique demeure minime, même lorsqu'il ne s'agit pas de tumeurs conjonctives correspondant à un tissu habituellement pauvre en cuivre, mais également dans les carcinomes dépourvus de tissu conjonctif.

Il est d'ailleurs vraisemblable que la plupart des molécules métalliques sont de nature plus complexe, non saisissables par l'analyse chimique habituelle, de même que les ferments respiratoires ferrugineux découverts par Warburg.

G. Dreyfus-Sée.

H. Assmann, Bielenstein, Habs et **Jeddeloh.** ***Observations et recherches au cours de la maladie du Haff de 1932*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 4, 27 Janvier 1933). — La maladie du Haff est une affection épidémique survenant dans le « Frisches Haff » lagune située sur le littoral de la Prusse orientale, proche de Königsberg.

Au cours de l'été 1924, une épidémie assez sérieuse avait été observée chez les pêcheurs de la lagune et l'aspect clinique ainsi que les recherches chologènes concernant cette curieuse affection avaient été l'objet d'un mouvement médical de Mouzon (*La Presse Médicale*, 26 Août 1925). Les crises brutales d'hémoglobinurie étaient précédées de courbatures extrêmement douloureuses avec dyspnée, soif, refroidissement des extrémités et sueurs, L'évolution se faisait en vingt-quatre heures vers la guérison. 6 cas mortels furent observés chez 450 pêcheurs ayant souvent présenté des accès multiples.

Après une soigneuse enquête étiologique la cause incriminée avait été l'infiltration de déchets arsenicaux provenant d'usines voisines et qui dans l'eau et la vase de la lagune donneraient lieu à la formation de produits complexes gazeux et dissous, source de l'intoxication. Cette hémoglobi-

nurie toxique se reproduisait plus aisément chez les sujets sensibilisés par une première atteinte. L'examen de ceux-ci ne décelait cependant pas les stigmates habituels de l'hémoglobinurie paroxystique (réaction de Donath et Landsteiner et épreuve d'Ehrlich négatives).

En Septembre 1932, de nouveaux cas ont fait leur apparition dans la partie est du Frisches Haff et ont été étudiés sur place par les médecins de Königsberg.

Cliniquement, la maladie déterminait des *accès aigus typiques* dont l'allure symptomatique ne différait en rien des premiers cas observés. Les modifications urinaires ne duraient guère plus de vingt-quatre heures. Dans un cas grave, l'étude plus soigneuse du sujet hospitalisé a montré, malgré un régime sans viande, un excès de créatine et de créatinine. L'autopsie décela un cœur dilaté et mou, une stase congestive du foie; les reins présentaient une dégénérescence diffuse parenchymateuse avec nécrose épithéliale. Les muscles striés étaient notablement altérés ainsi que la musculature cardiaque.

Certains sujets ayant eu des accès répétés ont présenté un état *de maladie chronique* avec fatigue, douleurs musculaires diffuses et légère oppression respiratoire.

La substance colorante des urines a été spécialement étudiée par A. et ses collaborateurs. Ils croient pouvoir affirmer qu'il s'agit de *myoglobine*, substance d'origine musculaire, peut-être mélangée avec de l'oxyhémoglobine. En rapprochant ces résultats des faits cliniques, anatomiques et chimiques observés (douleurs musculaires, lésions histologiques des muscles, élimination excessive de créatinine dans les urines), l'hypothèse d'une grave altération musculaire constituant la base de l'affection paraît fondée. L'existence même de l'hémoglobinurie et de l'hémoglobinémie est discutable et le rôle des substances colorantes d'origine sanguine n'apparaît en tout cas que très accessoire.

Ces faits se rapprochent donc des cas de myoglobinurie et myoglobinémie des chevaux et il serait intéressant de réétudier avec soin les syndromes intitulés: hémoglobinurie de marche ou de fatigue et même hémoglobinurie *a frigore* afin de vérifier si les urines ne contiendraient pas de myoglobine mélangée à l'hémoglobine.

Les données étiologiques ont fait l'objet de recherches attentives. L'étude des circonstances épidémiques, de la répartition des cas, de l'alimentation des pêcheurs atteints, des manifestations chez les animaux, a abouti à incriminer essentiellement l'absorption trop exclusive et trop durable de poissons de la lagune, le déclanchement de la crise étant dû à une fatigue musculaire prolongée. C'est ainsi que les pêcheurs absorbant uniquement du poisson et travaillant jour et nuit sont atteints plus fréquemment que leurs femmes ou leurs enfants non astreints au travail nocturne et absorbant un régime plus varié. Les essais chez les animaux et surtout chez les chats très sensibles à la maladie ont confirmé le rôle de l'eau du Haff, de telle sorte que la cause initiale paraît bien demeurer la toxicité de l'eau altérée par les déchets des deux usines de cellulose qui déversent leurs canalisations dans la lagune.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Munich, Vienne)

G. Janz. *Comment apprécier actuellement le danger des injections sclérosantes dans le traitement des varices* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 53, 30 Décembre 1932). — Les injections sclérosantes peuvent donner lieu à 2 types d'accidents graves: l'embolie pulmonaire parfois mortelle ou les ulcérations persistantes et difficilement curables. La possibilité de tels accidents constitue l'objection fréquemment opposée à cette méthode qui par ailleurs a fourni d'innombrables résultats favorables.

Les altérations tissulaires, nécrose, ulcérations chroniques, succédant aux injections, sont aisément évitables et ne se produisent pas lorsqu'on a soin d'observer une technique correcte: injection strictement intra-variqueuse et compression soigneuse et prolongée du point d'injection après avoir retiré le trocart, afin d'éviter le reflux du liquide par l'orifice de ponction. J. insiste aussi sur la nécessité d'opérer une veine vidée préalablement de son contenu sanguin par pression manuelle, ou élévation du membre, ou bande compressive: la solution sclérosante pénètre ainsi non diluée dans les varices et la formation de thromboses est par ailleurs réduite au minimum.

Le danger d'embolie constitue un risque infiniment plus sérieux. Cependant, une critique sévère des observations publiées permet d'en réduire le nombre à une proportion extrêmement faible. En pratique, l'embolie grave serait plus de 100 fois moins fréquente qu'à la suite du traitement chirurgical des varices par ligature de la saphène. Le processus de thrombose aseptique réalisé artificiellement lors des injections sclérosantes n'est pas embolisant. L'apparition d'une infection locale peut cependant déterminer des accidents; il en serait de même lors de certaines prédispositions sanguines innées ou acquises avec tendance thrombosante. D'ailleurs, on a pu observer quelquefois des embolies brutales chez des variqueux non traités.

Ces faits doivent faire insister sur les contre-indications maintes fois soulignées: infections cutanées, infections générales, thrombo-phlébite pré-existante, troubles circulatoires endartéritiques, etc.

En conclusion, J. admet que l'embolie pulmonaire mortelle ne se produit pas chez des sujets normaux, et que le risque d'accidents au cours des injections sclérosantes pratiquées correctement et sur indications précises demeure très minime et ne doit nullement faire renoncer à cette intervention infiniment moins dangereuse que les opérations chirurgicales.

G. Dreyfus-Sée.

Grasmann. *Le traitement des gelures et des lésions provoquées par le froid* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 1, 6 Janvier 1933). — Au cours du traitement des gelures aiguës, il faut avant tout éviter le brusque passage du froid au chaud: seul un réchauffement progressif permet aux cellules de récupérer leur liquide et évite les phénomènes d'hémolyse.

Le sujet entièrement congelé devra être traité pour peu que l'on note le moindre signe de vie: respiration ou circulation conservée; on le place dans une pièce froide et on le frictionne énergiquement avec de la neige ou des linges imbibés d'eau froide. Si besoin, on pratique la respiration artificielle et on injecte un cardiotonique intra-veineux.

Ultérieurement, après rétablissement de la circulation, on le place dans un bain d'eau chambrée qui sera progressivement réchauffée tandis que le malade sera massé dans son bain. S'il peut boire, on lui fait absorber une boisson chaude. Enfin il est placé dans un lit chaud.

L'existence de gelures localisées des extrémités donnera lieu à des soins spéciaux: le premier degré avec angiospasme justifie la friction énergique avec de la neige ou de l'eau froide. Souvent la région atteinte sera le siège d'un érythème revenant périodiquement lors de la saison froide, nécessitant des massages, parfois même des scarifications locales ou des injections locales d'alcool, ainsi qu'un traitement général du sysème nerveux végétatif.

Les gelures du deuxième degré après réchauffement progressif seront traitées par ouverture aseptique et pansements.

Les phlyctènes peuvent masquer une gelure plus grave avec escarre. L'existence d'œdème, de gangrène nécessite parfois des incisions pour évacuer le sang extravasé et la sérosité.

Enfin les interventions mutilantes seront pratiquées aussi rarement que possible. On se souviendra en outre, dans toutes les gelures graves, de la nécessité de pratiquer du sérum antitétanique prophylactique, et on respectera toutes les précautions d'asepsie les plus minutieuses pour éviter les très redoutables infections secondaires.

Le traitement prophylactique comporte une thérapeutique générale stimulatrice des vaso-moteurs et de la circulation des sujets présentant une tendance à des troubles au niveau de leurs extrémités. Les médications reconstituantes générales et les traitements hyperhémiants locaux (massage, gymnastique, bains chauds, etc.) seront recommandés aux personnes exposées professionnellement aux gelures, ainsi qu'aux touristes se préparant aux sports d'hiver. En outre, l'équipement des sportifs et leur hygiène générale devront être surveillés soigneusement: les vêtements doivent être chauds, amples, propres et secs; l'alimentation doit être suffisante, le repos est indispensable et on interdira le surmenage et les intoxications (alcool, tabac, etc.).

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

K. Velhagen jun. *Nouvelles observations sur les syndromes oculaires basedowoides dans l'encéphalite* (*Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 51, 17 Décembre 1932). — V., qui est ophtalmologiste, a eu l'occasion d'observer plusieurs parkinsoniens présentant un syndrome qui ne se rencontre en général que dans la maladie de Basedow: la paupière supérieure ne descend pas suffisamment, les clignements sont extrêmement rares et le pouvoir de convergence diminué ou supprimé. En ce qui concerne les troubles d'ouverture et de fermeture des paupières observés dans le Basedow, on les a attribués à diverses causes. Mais il est probable que divers facteurs interviennent, parmi lesquels l'augmentation du tonus du muscle de Müller et du releveur de la paupière supérieure, la diminution du tonus de l'orbiculaire peuvent jouer un rôle. L'insuffisance de la convergence n'a pas, jusqu'ici, été expliquée d'une façon satisfaisante. Elle ne peut, en tout cas, être attribuée à un épuisement général.

D'un autre côté, on sait que les lésions en cas d'encéphalite frappent la région du 3e ventricule et celle de l'aqueduc de Sylvius. Il est très possible que dans cette affection, une lésion du centre de convergence se produise ou encore, que le tonus du releveur ne puisse pas diminuer assez vite pour que les paupières suivent correctement le globe de l'œil quand celui-ci s'abaisse. En somme, il y a lieu de se demander si l'encéphalite ne créerait pas une lésion permettant de déterminer le siège des troubles centraux qui surviennent en cas de basedow. Ces troubles peuvent, en effet, s'expliquer très bien par une toxine agissant au voisinage du 3e ventricule et créant une rigidité des muscles de l'œil et du voisinage. Ils peuvent d'ailleurs être considérés comme souvent réversibles.

En ce qui concerne l'exophtalmie, la question est beaucoup plus compliquée. Ce signe est beaucoup plus fréquent en cas de basedow qu'en cas d'encéphalite. Néanmoins, il en a été publié jusqu'ici plus de 12 cas dont 5 avec augmentation de la thyroïde. En tout cas, nous n'avons actuellement, d'après V., aucun moyen d'expliquer le mécanisme pathogénique de ce symptôme.

Dans 7 observations où il a été observé des troubles de l'ouverture et de la fermeture des paupières (signes de Graefe, Stellwag, Möbius), il n'a été constaté qu'une fois une augmentation significative, c'est-à-dire dépassant 10 pour 100, du métabolisme de base. Dans ce cas, il y avait un tremblement extrêmement violent qui n'a pas permis de déterminer le métabolisme avec précision. Ainsi, dans l'ensemble, une thyrotoxicose n'est pas une condition préalable indispensable pour faire apparaître des syndromes oculaires basedowoïdes. D'autres troubles peuvent intervenir et notamment une affection du système nerveux central, plus spécialement des régions du 3e ventricule et de l'aqueduc de Sylvius. Ces considérations sont d'accord avec le fait que la thyroxine administrée est d'abord emmagasinée dans le mésocéphale et dans le tuber cinereum.

P.-E. Morhardt.

W. C. Aalsmeer. ***L'influence des solutions de lugol sur l'effet adrénalinique dans la maladie de Basedow et dans le béribéri*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 51, 17 Décembre 1932). — A. donne d'abord l'observation d'un Javanais de 32 ans qui présente, depuis deux ans, une maladie de Basedow. On constate que l'épreuve de l'adrénaline (0,5 milligr. en injection sous-cutanée) fait, à partir de la dixième minute, tomber la minima à 0. Pendant une semaine, on donne VI gouttes d'une solution de lugol 3 fois par jour et cette réaction n'apparaît plus. On cesse la solution de lugol pendant quelques jours et de nouveau l'injection d'adrénaline abaisse la minima à 0.

Dans une autre observation assez analogue, l'adrénaline provoque avant tout traitement le même phénomène. Mais l'administration de lugol n'améliore pas cette réaction. Dans ce dernier cas, malgré les apparences cliniques, il s'agirait d'un cas beaucoup plus sévère pour qui l'intervention provoquerait des risques beaucoup plus grands. D'ailleurs, chez ce malade, on ne s'y est pas décidé tandis que chez le premier on y a procédé avec de bons résultats.

En ce qui concerne le béribéri, A. donne 3 observations montrant qu'il existe de grandes analogies entre cette maladie et le basedow, tout au moins au point de vue circulatoire. En tout cas, l'adrénaline provoque chez ces malades également un abaissement de la minima à 0 et l'administration d'une solution de lugol empêche cette réaction de se produire. Il semble donc que la thérapeutique du béribéri se soit enrichie d'un médicament. D'ailleurs, l'administration de vitamines est, en pareil cas, sans beaucoup d'effet puisqu'il existe des troubles de la résorption intestinale.

P.-E. Morhardt.

DER CHIRURG
(Berlin)

W. Porzelt (Krumbach). ***Restauration du pouce par transplantation de l'index droit mutilé, avec conservation de la fente d'opposition*** (*Der Chirurg.*, t. V, n° 2, 15 Janvier 1933). — L'observation de P. concerne un jeune blessé, atteint par une scie circulaire qui avait amputé le pouce droit et sectionné le 2e métacarpien à sa base. Par un hasard heureux, l'index avait conservé ses connexions vasculaires du côté cubital.

P. eut l'idée de transplanter cet index blessé, en le pollicisant. Par une seule incision radiale menée sur le bord de l'index, il pratiqua la résection de la presque totalité du 2e métacarpien et de la première phalange de l'index, ne conservant de celle-ci qu'un court segment, qu'il implanta dans une cavité conique ménagée à l'extrémité du premier métacarpien. Après avoir fait pivoter de 90° le segment digital transplanté, afin d'assurer l'opposition, il fixa par quelques points périostiques les segments osseux en contact, sutura les tendons et la peau, dont un petit triangle seul dut être recouvert secondairement par quelques greffes de Tiersch. Le résultat fonctionnel fut assez bon, puisque malgré l'absence complète de flexion et d'extension du néo-pouce, l'opposition reste parfaite, et que les prises les plus fines peuvent être réalisées entre le nouveau pouce et le médius. La conservation de la sensibilité n'est pas étrangère à cette bonne fonction.

Aussi la technique que propose P. mérite-t-elle de retenir l'attention. Le principe même de l'intervention, décrite pour la première fois par Perthes, fut déjà, grâce à quelques heureuses modifications, appliqué par Paul Bonnet (de Lyon). La thèse de Carcassonne (Lyon 1930) en donne une bonne description. La technique de Porzelt, qui permet d'en étendre les applications aux cas où l'index n'a pas été intéressé par le traumatisme, réalise une méthode séduisante.

J.-Ch. Bloch.

ZEITSCHRIFT FUR TUBERKULOSE
(Leipzig)

Odessky et Klioner. ***Des calcifications pleurales*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVI, n° 2, 1932). — Il est deux variétés de calcinose pleurale : en premier lieu, les calculs de la plèvre qui constituent une rareté et dont Bérard et Dunet ont relaté en 1920 une observation, et d'autre part les calcifications de la plèvre qui se présentent de façon très variable : soit comme des nodules calcaires, ou comme des plaques, ou bien encore sous une forme rubanée. Parmi les causes de ce syndrome, il faut retenir l'hématome, les pleurites sèches ou exsudatives, l'empyème chronique. Les 13 cas observés par O. et K. concernent 11 hommes et 2 femmes s'étageant de 30 à 60 ans et se répartissent ainsi : trois blessures par armes à feu, trois pleurites chroniques, un cas d'interlobite calcifiée, une tuberculose pulmonaire ouverte, un cas de tuberculose de l'épaule, un cas de pneumonie récidivante, trois cas indéterminés.

O. et K. relatent quelques observations dont ils présentent les radiographies très démonstratives.

G. Basch.

Kraemer et Beitz. ***Premiers résultats du traitement de la tuberculose du lobe supérieur par le plombage*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVI, nos 3-4, 1932). — K. et B. rapportent les résultats de ce traitement entrepris au sanatorium Beelitz à Berlin : ils ont opéré 48 malades, 3 d'entre eux ont succombé avant qu'il ait été possible de juger des résultats de l'intervention. 21 fois, on a obtenu une libération complète du sommet et un collapsus total des parois de la caverne ; dans 17 cas se trouva réalisé un affaissement latéral de la caverne qui se trouva réduite à une mince fente au niveau du médiastin ; chez 8 malades, la compression fut insuffisante ; chez 2 autres, la caverne se trouva, du fait du plombage, déplacée en masse, sans accolement de ses parois. Les 3 décès observés furent dus, l'un à une broncho-pneumonie, l'autre à une syncope ; le troisième cas de mort, survenu huit jours après l'opération, ne fut pas élucidé. 2 malades présentèrent une perforation tardive de la caverne, avec expectoration de paraffine.

22 de ces malades sont suivis depuis plus d'un an ; 10 d'entre eux sont dans un état satisfaisant, avec disparition des bacilles dans leurs crachats. Les auteurs considèrent qu'en fin de compte, le plombage du lobe supérieur est indiqué dans les processus productifs, ou productifs et fibreux dans lesquels on trouve une caverne de grandes dimensions, et alors que ne sont possibles ni le pneumothorax ni la thoracoplastie.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Rothbart. ***Anomalies de la selle turcique au cours d'affections dyspnéisantes*** (*Wiener. medizinische Wochenschrift*, t. LXXXII, n° 46, 12 Novembre 1932). — Il est difficile, en raison des nombreuses variations individuelles, d'assigner des dimensions fixes à la selle turcique normale, et l'on ne saurait considérer comme pathologiques que des anomalies de taille assez importantes. Même dans cet ordre d'idées, les interprétations diffèrent suivant les auteurs : alors que pour certains, une selle turcique de dimensions inférieures à la normale constituerait un signe d'hypopituitarisme, pour d'autres, cet aspect peut être réalisé par l'hyperostose de ses parois, sans signification pathologique. Il en est de même de la calcification plus ou moins complète des ligaments clinoïdiens, etc.

D'un grand nombre d'examens radiographiques de la selle turcique, R. tire les conclusions suivantes : dans l'asthme bronchique, les clinoïdes antérieures et postérieures se rapprochent les unes des autres ; les ligaments qui les unissent sont le plus souvent visibles ; dans les cas intenses enfin, la selle turcique est petite, les clinoïdes antérieures et postérieures en arrivant à se toucher.

G. Basch.

Rupilius. ***Les encéphalites postinfectieuses et postvaccinales de l'enfant*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXII, n° 47, 19 Novembre 1932). — L'encéphalite morbilleuse survient d'habitude à la fin de l'exanthème ou au début de la convalescence ; le liquide C.R. est peu modifié ; le pronostic peut être fatal comme en fait foi l'observation de R. concernant un enfant de un an et demi ; il a observé, par ailleurs, une encéphalite postdiphtérique également mortelle. Enfin, il a observé 8 cas d'encéphalite postvaccinale en l'espace de deux ans, qui présentent les particularités suivantes : trois de ces cas concernent des enfants vaccinés avec le même vaccin dans la même école et le même jour ; en outre, la mère d'un des enfants présenta dans la même période, et sans avoir été vaccinée, une encéphalite. Quant au traitement, il a consisté en ponctions lombaires, injections d'urotropine, injections de sang des parents.

G. Basch.

Tezener. ***Dans quelles conditions peut-on considérer comme spécifique le phénomène d'extinction de la scarlatine ?*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXII, n° 47, 19 Novembre 1932). — Il ne faut considérer comme spécifique une réaction de Schultz-Charlton que lorsqu'elle éteint totalement l'exanthème, et lorsqu'elle se présente non pas comme un anneau entourant une partie centrale rougeâtre, mais comme un cercle pâle autour d'un point central, c'est-à-dire lorsque les dimensions de la zone d'extinction dépassent celles de la tache centrale. Le pseudo-phénomène d'extinction de Wolff-Eisner se différencie de la réaction spécifique par son aspect d'anémie intense et par ses limites irrégulières et rouge-vif.

G. Basch.

Glässner. ***Du fonctionnement de la valvule iléo-cæcale après appendicectomie*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXII, n° 51, 16 Décembre 1932). — G. a contrôlé, chez 23 sujets auxquels il avait enlevé l'appendice, le fonctionnement de la valvule de Bauhin, à l'aide d'un lavement de baryte de 250 gr. injecté sous une certaine pression ; dans 21 cas le reflux se fit dans l'intestin grêle, quel qu'ait été le type clinique de l'appendicite (purulente ou catarrhale, aiguë ou chronique), et quel qu'ait été l'intervalle entre l'opération et cette recherche. G. suppose que ce

phénomène tient à la section du méso-appendice. Cette anomalie ne s'accompagnait pas de symptômes morbides bien nets.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Moszkowicz. ***Tumeurs embryonnaires et hermaphrodisme*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLV, n° 50, 9 Décembre 1932). — M., s'appuyant sur le fait que 25 pour 100 des hermaphrodites humains étudiés pendant ces dernières années présentaient des tumeurs parfois bénignes, mais plus souvent malignes, édifie la théorie suivante: cette coïncidence entre tumeur et anomalies de la sexualité lui paraît significative; en effet, la cellule tumorale se différencie de la cellule normale par sa capacité de mitose, sa plus grande vitalité, et un métabolisme différent. Il semblerait que toutes ces modifications aboutissent à une sorte de rajeunissement de cette cellule; or, ce rajeunissement est réalisé chez les plantes et chez les animaux inférieurs au moyen d'une copulation de deux corps cellulaires différenciés et de sexe opposé (gamètes). Même chez les êtres unicellulaires chez lesquels on avait supposé que pouvait se faire une union entre cellules de même sorte, la copulation est en réalité hétéro-sexuelle. Or, les travaux modernes ont montré que chaque cellule des organismes supérieurs avait une tendance bisexuelle; à l'intérieur de la membrane cellulaire, coexistent deux individus de sexe différent entre lesquels se fait une union réalisant ce que l'on a appelé l'autogamie. Il est possible que ce processus constaté nettement dans certains organismes se produise également chez l'homme lorsque s'équilibrent en quelque sorte le potentiel masculin et le potentiel féminin; d'où l'hypothèse qu'émet l'auteur que les formations tumorales dues à cette autogamie surviennent fréquemment chez les êtres bisexués comme les hermaphrodites et les androgynes.

G. Basch.

Scherber. ***La transfusion en dermatologie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLV, n° 51, 16 Décembre 1932). — Pour se mettre à l'abri de la transmission de la syphilis par le sang du donneur, S. préfère s'en tenir à des malades hospitalisés depuis au moins deux mois, ayant présenté à plusieurs reprises des B.W. négatifs. Il a utilisé avec avantage les transfusions sanguines dans les brûlures étendues s'accompagnant d'atteinte de l'état général. De même, il signale un résultat favorable dans un cas d'agranulocytose; le malade présenta un meilleur état général, ses lésions buccales s'améliorèrent, mais il succomba néanmoins. Le même traitement lui paraît à préconiser dans les formes diverses des dermatites bulleuses, dans la maladie de Dühring, dans les divers pemphigus, dans les érythrodermies arsenicales et auriques, dans le purpura, dans le furoncle des lèvres. Il signale enfin qu'il a pu prendre des psoriasiques comme donneurs sans le moindre inconvénient.

G. Basch.

Hammerschlag. ***Blastonmycose généralisée*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 2, 13 Janvier 1933). — H. rapporte une observation de cette affection, si rare dans sa forme généralisée : un homme de 53 ans, ayant longtemps vécu en Australie et en Palestine, et présentant des antécédents de bronchite chronique, fait, à la suite d'une fièvre de Malte, une maladie bizarre caractérisée au début par une anémie avec leucocytose et des signes pulmonaires peu précis. La radiographie des poumons montrait la présence de petits foyers gros comme une cerise ou un grain de blé dans les champs pulmonaires ; l'image ne ressemblait en rien à celle d'une mycose et pouvait faire penser à une forme nodulaire de tuberculose. Par la suite, l'état s'aggrava, la fièvre s'installa et on vit apparaître sur la peau, surtout au voisinage des articulations, de petites ulcérations. A ce moment, des radioscopies du tube digestif montrèrent également des images anormales au niveau de l'anse sigmoïde, faisant penser à une sigmoïdite ulcéreuse. Ce fut l'autopsie qui apporta la preuve de l'origine de la maladie : on trouva dans les différents organes de nombreux foyers de champignons à l'aspect de levures. Des cultures successives permirent d'obtenir les parasites et sous la forme de levures, et sous la forme de filaments mycéliens. Injectées au cobaye et au lapin, elles provoquèrent une blastomycose généralisée, en tous points semblable à l'affection présentée par le malade.

G. Basch.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

H. Z. Griffin et E. V. Allen. ***Contrôle de la polycythémie vraie (érythrémie) et rémissions complètes grâce au chlorhydrate de phénylhydrazine*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 1, Janvier 1933). — G. et A. ont traité à la clinique Mayo par la phénylhydrazine 37 cas d'érythrémie qui furent suivis pendant quatre à six ans. Ils ont constaté qu'à la suite d'un traitement initial bien conduit (0 gr. 10, 2 à 3 fois par jour jusqu'à un total de 3 à 4 gr.) et fait avec prudence, on peut souvent arriver ensuite à contrôler la maladie en donnant une très petite dose (0 gr. 10 à 0 gr. 40) du médicament par semaine. Dans quelques cas même, ce résultat a pu être obtenu avec des doses (0 gr. 06 par exemple) qui expérimentalement se montrent inefficaces quant à leur action hémolytique, ce qui tend à faire croire que la phénylhydrazine peut avoir une autre action sur le sang, par exemple un effet inhibiteur sur la production des globules rouges, bien qu'on sache qu'elle possède un effet stimulant sur la leucopoïèse.

Quelques malades après deux à quatre ans de traitement ont été capables de se passer complètement du médicament et ont gardé un chiffre normal de globules rouges. D'autres ont dû le prendre régulièrement et certains ont été obligés de recourir de nouveau de temps en temps à des séries de doses quotidiennes. Les cas étudiés montrent que l'érythrémie a une évolution plus longue qu'on ne l'admet en général. Les rémissions complètes observées à la suite de la phénylhydrazine ne semblent pas se rencontrer spontanément dans cette affection.

Les petites doses utilisées ne paraissent pas nuisibles pour le foie ni pour les reins, s'il n'existe pas déjà d'affection viscérale ou vasculaire avancée et si les sujets ne sont pas trop âgés. Les leucocytes ne sont pas altérés par le traitement prolongé.

P.-L. Marie.

J. E. Ash. ***Nécrose corticale bilatérale des reins (anurie angioneurotique)*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 1, Janvier 1933). — A. a rassemblé 62 cas, dont 2 personnels, de cette curieuse altération du parenchyme rénal, véritable entité anatomo-pathologique décrite par Juhel-Rénoy en 1886, qui se rencontre presque toujours au cours de la grossesse, mais qui peut survenir aussi dans des maladies infectieuses variées, succéder à un traumatisme ou se développer sans cause apparente, comme ce fut le cas chez les 2 malades d'A., deux hommes jeunes, sans passé pathologique.

Quelle que soit la cause, les lésions, très caractéristiques, sont les mêmes. Il s'agit d'une nécrose qui frappe de façon massive la substance corticale des deux reins, atteignant glomérules et tubes contournés, avec présence fréquente de thromboses artériolaires.

Le tableau clinique frappe par son allure relativement bénigne; il rappelle en général bien plus celui qu'on voit dans l'obstruction bilatérale des uretères que celui de l'urémie, surtout dans les cas non compliqués d'éclampsie ou de toxémie gravidique. Les convulsions, la céphalée, les troubles mentaux et les œdèmes sont peu habituels. L'anurie complète ou incomplète domine la scène dans tous les cas, pouvant se montrer sans aucun symptôme prémonitoire. La cylindrurie est de règle et il y a parfois du sang dans les urines. La diarrhée est fréquente, parfois dysentériforme. La pression artérielle est tantôt élevée, tantôt normale.

Le diagnostic se pose avec l'infarctus du rein, accident qui se voit d'ordinaire au cours d'une affection cardio-vasculaire, et avec la néphrite chronique compliquant une grossesse.

Le pronostic est fatal par définition; cependant, si l'on admet la pathogénie vaso-motrice, on peut concevoir que certains cas puissent guérir, le stade de nécrose n'ayant pas été atteint.

Le traitement est évidemment impuissant quand la nécrose est réalisée, mais quand l'anurie angioneurotique est seulement esquissée, la décapsulation des reins ou la néphrotomie peuvent avoir une influence favorable.

La cause immédiate de cette lésion demeure inconnue. A. pense que l'anurie résulte d'un trouble vaso-moteur, probablement d'une vaso-constriction suivie de paralysie des vaisseaux et de stase, et que les lésions de nécrose et de thrombose si manifestes qu'on observe après la mort traduisent un stade terminal. Dépendant de circonstances encore inconnues, elles peuvent se développer au bout de quelques heures d'anurie ou se trouver retardées ou rester à l'état d'ébauche, ce qui permettrait alors la guérison.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Anderson. ***Maladie de Bowen et épithéliomatose multiple bénigne superficielle*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVI, n° 6, Décembre 1932). — A. rapporte l'observation d'un homme de 75 ans, atteint de maladie de Bowen, d'épithéliomatose multiple superficielle bénigne et de kératose palmo-plantaire. Ce malade ingérait depuis de nombreuses années de l'arsénite de potasse, et on put trouver de l'arsenic dans les tissus et dans l'urine.

Chez 2 autres malades atteints d'épithéliomatose bénigne superficielle, l'une multiple, l'autre isolée, et en même temps de kératose palmo-plantaire, on put aussi démontrer la présence d'arsenic dans les lésions.

L'arsenic semble donc être, dans un certain nombre de cas de maladie de Bowen et d'épithéliomatose superficielle bénigne, un agent étiologique à rechercher.

R. Burnier.

Madden. ***Eruptions causées par le nirvanol*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVI, n° 6, Décembre 1932). — Le nirvanol ou phényléthylhydantoïne est dû à la combinaison de l'acide phényléthylglycollique et de l'urée. Il est employé dans le traitement de la chorée à la dose de 30 centigr. chez les jeunes enfants; à 60 centigr. chez les enfants plus âgés; on donne 1 à 3 doses par jour, pendant sept à douze jours; on s'arrête si la fièvre ou une éruption apparaît.

L'éruption survient d'abord sur l'abdomen et le thorax, sous forme de taches roses rappelant celles de la fièvre typhoïde, puis l'éruption devient confluente et revêt le type morbilliforme du dix au vingtième jour, accompagnée ou non de prurit et de fièvre. Puis l'éruption disparaît rapidement sans desquamation et ne laisse pas de pigmentation.

Le pronostic est habituellement favorable; cependant on a signalé des complications: dermatite exfoliatrice, œdème de la face, urticaire, prurit intense. On a aussi rapporté des accidents toxiques plus graves, tels que stomatite, ictère, néphrite, diarrhée sanglante, agranulocytose, névrite optique. Des cas de mort ont été signalés.

R. Burnier.

Wheeler et **Harbin**. ***Dermatomyosite*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVI, n° 6, Décembre 1932). — La dermatomyosite, affection peu connue en France, a surtout été étudiée en Allemagne et en Amérique. Elle a été décrite en 1887 par Unverricht qui attira l'attention sur une inflammation aiguë particulière des muscles, rappelant la trichinose. Sa nature est inconnue; elle s'observe surtout à l'âge moyen de la vie, mais on l'observe dans 15 à 20 pour 100 des cas chez l'enfant; le sexe masculin paraît un peu plus atteint.

Le début de la maladie est le plus souvent insidieux, durant une à trois semaines, parfois aigu. Le malade se plaint de douleurs musculaires, souvent symétriques, assez vives pour arracher des cris, lors des mouvements actifs ou passifs. A cette période de douleur et de faiblesse musculaire succède une phase de spasmes musculaires, entraînant la flexion des bras et des jambes. Les muscles deviennent ligneux. On note parfois une réaction de dégénérescence et des paresthésies. L'hyperhidrose est fréquente. Les muscles le plus souvent atteints sont ceux de la nuque, de l'abdomen, de la face, les fléchisseurs des bras et des jambes, plus rarement les muscles de la respiration, de la déglutition, de la langue et des yeux, très rarement le cœur. Les doigts sont ordinairement indemnes.

On peut noter un œdème cutané situé au-dessus des muscles atteints, plus rarement étendu aux mains et aux pieds; la peau a une apparence brillante et urticarienne, parfois un aspect érythémateux ou érysipéloïde; on a observé de l'érythème noueux ou polymorphe.

La fièvre peut atteindre 40° ou faire défaut. On a noté des sueurs profuses et une splénomégalie. Le métabolisme basal est augmenté dans de nombreux cas; parfois il est subnormal.

Les lésions de myosite sont variables avec les périodes de la maladie; on note habituellement des lésions inflammatoires, de l'œdème, avec transsudation et hémorragies, surtout dans le tissu conjonctif. En certains points, les muscles ont perdu leur striation.

Le diagnostic se pose avec la *sclérodermie* et la différenciation est souvent difficile, car les 2 affections peuvent coexister; avec la *trichinose*, et la dermatomyosite a été appelée pseudo-trichinose, mais l'absence d'éosinophilie et l'absence de trichines dans les muscles permettront d'éviter l'erreur. Il faut également éliminer les myosites: syphilitique ou suppurée, fibreuse, ossifiante, le *myxœdème*.

Le pronostic est défavorable dans 50 pour 100 des cas. Beaucoup de cas se terminent par la mort en trois à quatre semaines ou en deux à trois mois. Il peut persister une contracture musculaire ou bien une atrophie permanente; certains groupes musculaires atteints peuvent cependant guérir.

W. et H. rapportent l'observation d'une fillette de 8 ans, atteinte de dermato-myosite avec atrophie, contracture en flexion des muscles du membre inférieur droit et qui se termina par une amputation de la cuisse.

De nombreux médicaments ont été essayés dans cette affection: air chaud, salicylates, chlorure de calcium, arsenic, hyposulfite de soude, quinine, arsénobenzol, thyroïde et parathyroïde, fibrolysine, le plus souvent sans résultats.

R. Burnier.

BUCURESTI MEDICAL

G. Sebestyen. ***Un cas d'intoxication grave par luminal guéri en huit jours*** (*Bucuresti medical*, t. IV, vol. IV, nos 8-9). — S. rapporte un cas d'intoxication grave par luminal guéri en huit jours. Une femme de 52 ans prend pour se suicider 40 pastilles à 0 gr. 10 et 4 cachets à 0 gr. 15 de luminal. La malade est dans un coma profond, le pouls imperceptible, la respiration à peine perçue, les battements cardiaques lents. Hypotension marquée. Aréflexie totale. S. administre 1 milligr. de sulfate de strychnine intrarachidien, 0 gr. 80 de caféine, 0 milligr. 5 d'adrénaline intraveineuse et 5 cmc d'huile camphrée à 10 pour 100 avec 1 milligr. de sulfate de strychnine, intramusculaire. La respiration est devenue plus ample, le pouls bien frappé; même état général. Pour favoriser l'élimination du toxique, S. pratique dans les premiers 5 jours des ponctions lombaires avec extraction de 20-30 cmc de liquide céphalo-rachidien. L'alimentation de la malade se fit par sonde stomacale et par voie rectale. Le cinquième jour apparaissent les réflexes conjonctival, pupillaire et pharyngien, puis les réflexes cutanés. La malade revint à l'état normal le huitième jour. Le cas de S. est intéressant parce qu'il n'y eut pas de complications autres qu'une légère salivation et quelques points de nécrose cutanée superficielle à l'endroit des piqûres. Dans les cas d'intoxication mortelle, on trouve des lésions anatomo-pathologiques caractéristiques: hyperémies, dégénérescences graisseuses des noyaux d'origine des nerfs craniens. La cause de ces altérations est la dégénérescence des capillaires. La strychnine intrarachidienne soutient le centre respiratoire et augmente l'excitabilité des cellules nerveuses, qui peut prévenir une complication grave, les troubles oculaires.

La guérison dans ce cas fut complète sans aucune complication physique ou psychique.

Henri Krauter.

R. Leriche, **R. Fontaine** et **J. Kunlin**. ***Contribution à l'étude des nerfs vaso-moteurs du cœur*** (*Bucuresti medical*, t. IV, vol. IV, nos 8 et 9). — Les vaso-moteurs coronariens constituent encore un problème de physiologie cardio-vasculaire à résoudre. Les vaso-constricteurs des coronaires ne proviendraient pas du sympathique mais emprunteraient le trajet du vague. L., F. et K. croient qu'il ne faut pas expérimenter sur des animaux trop inférieurs (grenouille, lézard, ou pigeon) ni employer des méthodes trop complexes, comme l'ont fait Starling, Anrep et d'autres expérimentateurs. Leriche et ses élèves ont travaillé sur le chien. Ils ont mesuré les pressions carotidienne et coronaire gauche, après anesthésie à la morphine-somnifène, à l'aide de canules de François Franck. Ils ont trouvé que la pression dans la coronaire gauche atteint 1/2 à 1/3 de la valeur de la pression carotidienne. La circulation collatérale au niveau du cœur est donc plus appréciable qu'on ne l'admet; le débit coronarien n'est pas uniquement facteur de la circulation cardio-aortique.

Les excitations par un courant induit faible du bout périphérique du ganglion étoilé, de la branche antérieure de l'anse de Vieussens gauche et du vague gauche ont montré une augmentation de la pression coronarienne, parallèle à l'augmentation intra-carotidienne.

Henri Krauter.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

P. Schultzer (Copenhague). ***Traitement de la tétanie parathyréoprive par le chlorure de calcium, l'extrait parathyroïdien et la vitamine D*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXIX, nos 1-2, 14 Décembre 1932). — Les recherches de S. faites chez le chien parathyroïdectomisé et chez deux malades atteints de tétanie post-opératoire montrent qu'il faut recommander un traitement mixte par le chlorure de calcium, l'extrait parathyroïdien et la vitamine D associés.

Les injections d'extrait parathyroïdien sont pratiquées au début, combinées aux deux autres médications qui sont faites par la bouche. Puis, dès que la calcémie est revenue à la normale, on cesse les injections d'hormone parathyroïdienne dont l'action s'épuise à la longue et l'on maintient à la normale le niveau du calcium sanguin au moyen du chlorure de calcium donné à doses moyennes (2 gr. environ par jour) et de la vitamine D dont l'emploi semble à S. indispensable. On recommandera aux patients de prendre avec une grande régularité ces médicaments, en particulier le chlorure de calcium.

P.-L. Marie.

E. Meulengracht (Copenhague). ***La courbe de glycémie dans les diverses formes d'ictère*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXIX, nos 1-2, 14 Décembre 1932). — M. a pensé que, du point de vue clinique, la configuration de la courbe glycémique après ingestion de glycose pourrait peut-être rendre des services pour différencier les divers types d'ictère, et notamment pour distinguer les hépatites du cancer des voies biliaires et du calcul du cholédoque.

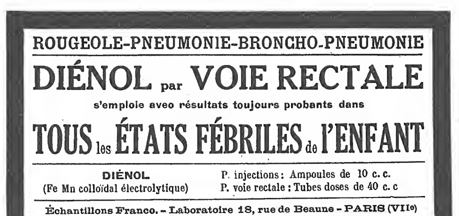
Il a constaté que dans les hépatites aiguës et chroniques la courbe glycémique se caractérise dans la plupart des cas par un chiffre bas de la glycémie à jeun, une élévation normale après ingestion de glycose et une phase consécutive d'hypoglycémie souvent très accentuée. Toutefois certains malades présentent une courbe dont les caractéristiques sont très estompées et qui ressemble à celle du cancer des voies biliaires. De plus, il ne faut pas perdre de vue que certaines conditions, telles que la fièvre, les troubles dyspeptiques, les nausées, etc., sont des causes d'irrégularité dans la courbe, en particulier en prolongeant la période d'ascension de la glycémie.

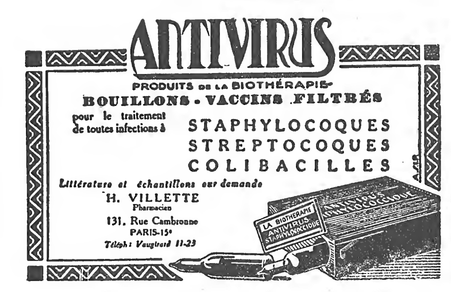
La plupart des malades atteints de cancers avec obstruction des voies biliaires ont donné des courbes très irrégulières, avec atténuation des élévations et des abaissements normaux, présentant parfois une ascension ralentie et une absence de chute dans les trois heures et demie suivant l'ingestion de glycose. Dans ces cas, on n'a pas observé de tendance à l'hypoglycémie.

Chez les malades atteints de calcul du cholédoque les courbes ont montré des variations si considérables qu'on peut dire qu'il n'y a pas de courbe caractéristique.

En somme, la courbe glycémique possède une certaine valeur pour établir le diagnostic entre ces trois groupes d'affections, mais bien des réserves s'imposent dans son interprétation.

P.-L. Marie.



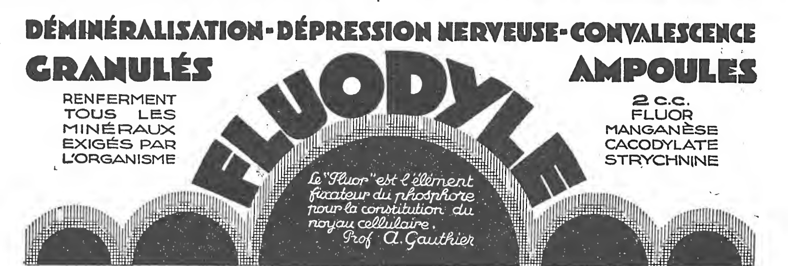




et toutes variétés de
PYÉLO-NÉPHRITES :
CAPARLEM
HUILE de HAARLEM VÉRITABLE, en capsules gélatinisées à 0 g. 15
(du Junipérus oxycedrus)
Posologie : 1 à 2 capsules au milieu des deux principaux repas, quinze jours par mois.
Laboratoire LORRAIN de Produits Synthétiques purs
A. DESMOIRES, Docteur en Pharmacie, ETAIN (Meuse)







REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, René Cachera et Said. ***Recherches préliminaires concernant l'action de la méthylacétylcholine chez les sujets normaux*** (*Annales de Médecine*, t. XXXII, n° 5, Décembre 1932). — L'injection sous-cutanée de méthylacétylcholine détermine, chez l'homme normal, une hypotension artérielle en général très nette à des doses infiniment moindres que celles employées couramment avec l'acétylcholine.

Cette constatation souligne, une fois de plus, la fréquence de la dissociation entre les dilatations vasculaires et les abaissements tensionnels, fait que les auteurs ont établi dans leurs études sur les anisergies circulatoires. Il est intéressant, dès maintenant, d'opposer deux dérivés choliniques très voisins, l'acétylcholine et la méthylacétylcholine, le premier provoquant des artério-dilatations manifestes, même sans chute tensionnelle, le second produisant d'emblée un abaissement important des chiffres manométriques.

L. Rivet.

Pasteur Vallery-Radot, M. Albeaux-Fernet et Jean Delamare. ***Œdème aigu du poumon et néphrite suraiguë secondaires à l'injection massive d'adrénaline chez le lapin*** (*Annales de Médecine*, t. XXXII, n° 5, Décembre 1932). — L'injection intraveineuse d'adrénaline chez le lapin provoque, au niveau du poumon, selon les doses employées, un raptus hémorragique ou un œdème aigu. Cette injection provoque d'autre part une néphrite suraiguë.

Après une injection unique d'adrénaline à forte dose, on observe des lésions bien caractérisées de néphrite suraiguë, semblables à celles que réalisent diverses substances, comme le cyanure de mercure. Les lésions portent exclusivement sur les tubes contournés dont les cellules présentent une dégénérescence granuleuse nette et contrastent avec l'intégrité des glomérules et des tubes droits; ces lésions varient avec les doses employées. L'albuminurie, constatée chez les lapins après l'injection massive d'adrénaline, s'explique par les lésions rénales.

Chez les lapins qui ont succombé en quelques minutes à la suite de l'injection, on ne constate pas d'albumine, probablement parce que les urines recueillies ont été sécrétées avant l'injection: celle-ci peut, en effet, provoquer chez l'animal une inhibition passagère de la sécrétion rénale.

Ces lésions rénales sont-elles dues à une action toxique de l'adrénaline sur le parenchyme rénal? Ou bien la sérosité œdémateuse pulmonaire ne subit-elle pas une transformation qui en fait une albumine hétérogène allant par le torrent circulatoire léser les cellules du rein?

V.-R., A.-F. et D. se sont demandé si l'étude des protéines sanguines ne pouvait fournir de renseignements. Ils ont donc étudié comparativement le sérum de lapins présentant une néphrite aiguë sans lésion pulmonaire, et le sérum de lapins atteints concomitamment de néphrite aiguë et d'œdème pulmonaire.

Dans le sérum des lapins intoxiqués par le mercure et n'ayant fait aucune lésion pulmonaire, il existait une perturbation de la globuline et de la sérine, mais peu considérable, avec baisse proportionnelle des deux sortes d'albumines, d'où conservation du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$.

Dans le sérum des lapins ayant fait secondairement à l'injection d'adrénaline un œdème pulmonaire en même temps qu'une néphrite, la perturbation des albumines sanguines était plus intense et caractérisée par une chute plus accentuée de la globuline que de la sérine, d'où augmentation du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$.

Ces modifications différentes des protéines sanguines suivant qu'il s'agit de néphrite seule ou de néphrite et d'œdème pulmonaire associés sont à retenir. Quelle que soit sa valeur, les expériences des auteurs établissent la réalisation expérimentale d'une néphrite suraiguë associée à un œdème pulmonaire, à la suite de l'injection intraveineuse d'adrénaline.

L. Rivet.

J. C. Mussio-Fournier (Montévidéo). ***Forme pseudo-néphrétique de l'insuffisance thyroïdienne et altérations rénales de même origine*** (*Annales de Médecine*, t. XXXII, n° 5, Décembre 1932). — A l'aide d'observations personnelles, M.-F. montre que l'insuffisance thyroïdienne, par une perturbation dans le métabolisme de l'eau et du chlorure de sodium, peut produire des tableaux cliniques simulant ceux fournis par certaines néphropathies, avec oligurie, œdèmes mous, épanchements dans les séreuses, azotémie, signes dits du petit brightisme et hypertension artérielle. Cet ensemble symptomatique peut même s'observer dans les cas où il n'y a pas de symptômes d'insuffisance cardiaque d'origine myxœdémateuse, ni d'état cachectique de même origine. La persistance des troubles, en dépit du traitement antinéphrétique, la disparition de ceux-ci ou leur atténuation par le traitement thyroïdien, démontrent leur origine myxœdémateuse en même temps que l'intégrité de la fonction rénale. Une importante perturbation dans le métabolisme de l'eau et du NaCl doit être sans doute une des raisons fondamentales des symptômes étudiés. Dans d'autres cas, l'insuffisance cardiaque myxœdémateuse contribue aussi à l'explication de ces phénomènes, mais cet élément pathogénique n'est pas indispensable.

D'autre part, le myxœdème peut produire des lésions rénales se traduisant par: albuminurie, cylindres granuleux, globules rouges, retard dans l'élimination de la phénol-phtaléine. Sous l'influence de la thyroïdine, ces troubles peuvent, dans certains cas, disparaître complètement ou partiellement démontrant ainsi l'existence de lésions partiellement ou totalement réparables et déterminées par l'insuffisance thyroïdienne. Il serait d'ailleurs prématuré de vouloir spécifier quel type de néphropathie produit le myxœdème et le rôle de l'insuffisance thyroïdienne dans la pathogénie de la néphrose n'est pas encore démontré.

A côté de ces aspects pseudo-néphrétiques de l'insuffisance thyroïdienne dus essentiellement à une perturbation des métabolismes de l'eau et du NaCl, il faut savoir que ces mêmes symptômes peuvent être produits également, soit par l'insuffisance cardiaque, soit par une néphropathie, elles-mêmes relevant de l'insuffisance thyroïdienne. Et on a observé l'action simultanée de ces mécanismes dans la production des symptômes en question.

Un terrain hypothyroïdien peut exagérer l'intensité ainsi que la durée des œdèmes d'origines diverses comme par exemple l'œdème néphrétique, ou encore celui produit par la carence alimentaire. La thyroïdine, dans ces cas, contribue efficacement à leur résorption.

L. Rivet.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Tzanck et Cord. ***Les érythèmes polymorphes*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. III, n° 12, Décembre 1932). — T. et C. estiment qu'on a décrit sous le nom d'érythème polymorphe 2 affections essentiellement différentes: 1° une *maladie infectieuse*, dont le tableau clinique est bien connu et dans laquelle le rôle d'agent pathogène appartient ou à un germe encore inconnu ou peut être joué par divers germes connus, tel que le *Streptobacillus moniliformis* de Levaditi;

2° Une *réaction d'intolérance* à des agents extrêmement divers.

Malgré une identité objective presque complète, certains caractères cliniques permettent de différencier ces deux affections: absence d'une phase infectieuse prémonitoire, absence d'angine, d'arthralgies, absence d'épidémicité, polymorphisme plus accentué de l'éruption avec formes bulleuses, présence fréquente d'éléments ortiés, *prurit* très marqué, éosinophilie sanguine et bullaire, évolution par poussées durant des semaines et des mois.

Les *substances déclanchantes* sont très nombreuses; elles peuvent être *chimiques* (albuminoïde ou cristalloïde), ou *physiques* (lumière ou chaleur); elles suscitent les réactions à doses infratoxiques infinitésimales le plus souvent, et toujours individuelles pour un même malade; elles agissent comme agent provocateur, suscitant dans l'organisme une réaction vive.

C'est ainsi que l'érythème polymorphe peut être déclanché par l'injection d'iodure et de bromure, par les barbituriques, le chloral, la phénolphtaléine, l'antipyrine, l'iodoforme, les arsénobenzènes, le dmelcos. La lumière solaire ou artificielle peut également provoquer un érythème polymorphe.

La discrimination entre les deux variétés d'érythème polymorphe a une grande importance pratique, car en cas d'intolérance, il faut recourir à la désensibilisation et non pas à un traitement anti-infectieux.

R. Burnier.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG
(Paris)

Ivan Mahaim (Lausanne). ***De la tachycardie paroxystique chez l'enfant et des causes de sa gravité. Un nouveau cas avec lésions inflammatoires du tissu spécifique et du myocarde auriculaire*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, t. XXV, n° 12, Décembre 1932). — M. relate l'observation d'un bébé de 14 mois, ayant pour tout passé pathologique une varicelle simple quatre mois auparavant, qui, à la suite d'une bronchite grippale fébrile, garda une température subfébrile pendant deux semaines, avec de l'intolérance gastrique. Alors qu'il semblait en bonne voie de guérison, soit un mois après le début de la bronchite, il est pris brusquement d'une attaque de dyspnée et de cyanose, avec tachycardie paroxystique régulière qui se montre très prolongée dans la suite, au rythme de 250 environ pendant quinze jours consécutifs, avec nouvelle hausse légère de température, puis dilatation cardiaque au bout de quelques jours. Puis, cette crise de tachycardie cesse brusquement et le bébé se transforme, mais, après cinq jours d'accalmie, une nouvelle crise survient, entraînant

la mort au bout de cinq jours: l'électro-cardiogramme démontre une tachycardie à 266 par minute, d'origine supraventriculaire, parfaitement régulière.

L'autopsie révèle quelques foyers de broncho-pneumonie disséminés aux deux poumons, mais l'examen macroscopique du cœur reste complètement négatif, si l'on excepte la dilatation des cavités. L'examen microscopique ne montre aucune lésion ni du nœud de Tawara, ni du tronc commun, ni des branches du faisceau (dans la plus grande partie de leur trajet depuis la bifurcation). En revanche, l'examen de l'oreillette droite fait découvrir des lésions inflammatoires récentes et étendues, sous-péricardiques, et qui intéressent directement le nœud de Keith-Flack, et une partie importante du myocarde auriculaire, et aussi, bien qu'à un degré beaucoup moindre, le plexus neuro-ganglionnaire voisin du sinus.

Il semble bien que ce n'est pas l'intensité de cette myocardite qui a tué le bébé, car elle est véritablement discrète, ne se traduisant par aucune anomalie macroscopiquement visible, mais que c'est en réalité sa localisation au sinus qui a entraîné la tachycardie prolongée, irréductible et mortelle.

En relisant les observations de cyanose paroxystique décrites il y a trente ans par Variot et Sébilleau, il semble que certaines correspondent à ces tachycardies paroxystiques du premier âge, dont l'électrocardiographie a permis d'identifier de nombreux cas au cours de ces dernières années.

L. Rivet.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

G. Jeanneney. ***L'épreuve de l'ésérine dans l'occlusion intestinale*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. LIII, n° 52, 25 Décembre 1932). — Les syndromes d'occlusion intestinale sont tantôt à prédominance dynamique, spasmes ou parésie intestinale, tantôt surtout mécanique comme dans l'iléus mécanique et dans l'occlusion par brides. Même dans ces cas, il existe un facteur dynamique. Les phénomènes moteurs de l'intestin sont commandés par le sympathique abdominal; tout médicament réalisant la section physiologique du sympathique agira sur les phénomènes moteurs et supprimera dans toute occlusion le facteur dynamique. C'est ce que réalise la rachianesthésie, c'est ce qu'on obtient avec moins de risques par l'injection d'ésérine ou d'un de ses succédanés moins toxiques la génésérine ou la prostigmine. Un lavement salé hypertonique, administré une demi-heure après l'injection, provoque une débâcle presque à coup sûr dans les iléus dynamiques et dans 20 pour 100 des iléus mécaniques.

Cette méthode est précieuse pour le chirurgien, mais elle ne doit avoir aucune influence sur les indications opératoires qui restent les mêmes. L'opération pratiquée, après la débâcle, ramène l'intervention d'urgence à une intervention à froid.

Dans les cas d'occlusion grave, il faut faire l'injection d'ésérine et opérer une fois le ventre affaissé, soit environ 3/4 d'heure après l'injection. Dans les cas d'occlusion mécanique évidente comme dans les cas de hernie étranglée, on doit intervenir et n'employer l'ésérine que si le tympanisme abdominal la rend absolument nécessaire. Enfin, dans les cas légers, dans les subocclusions douteuses, il est bon de provoquer une débâcle par l'ésérine, puis de chercher ensuite par des examens cliniques et radiologiques la cause de la crise occlusive pour intervenir ensuite à froid dans de bonnes conditions.

Robert Clément.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Strasbourg)

M. Péhu, G. Morin et A. Richard (Lyon). ***Excitabilité neuro-musculaire et chronaxie dans la spasmophilie du nourrisson*** (*Revue française de Pédiatrie*, t. VIII, n° 5, 1932). — La spasmophilie se manifeste parfois par des accidents bruyants, notamment par du laryngospasme et des convulsions, mais elle demeure souvent latente et, seule, la recherche de quelques signes, actuellement classiques, permet d'en dépister l'insidieuse évolution.

La recherche de ces signes, qui décèle une augmentation de l'excitabilité mécanique du nerf, constitue le temps fondamental de l'examen des spasmophiles. Toutefois la nécessité s'est fait rapidement sentir de compléter cette première étape par l'exploration de l'excitabilité électrique.

Après avoir rappelé les recherches électrologiques classiques, P., M. et R. publient les résultats de leurs recherches personnelles basées sur 8 observations de nourrissons atteints de spasmophilie, âgés de 145 jours à 22 mois. P., M. et R. aboutissent à cette conclusion que les caractères de l'excitabilité électrique des nerfs dans la spasmophilie sont très incorrectement définis par le terme vague d'hyperexcitabilité. L'étude de la chronaxie montre qu'il s'agit de troubles du fonctionnement neuro-musculaire, s'exprimant par des modifications variables polymorphes et réversibles de l'excitabilité, dépendant directement d'une perturbation, elle-même variable et réversible, des propriétés physico-chimiques du milieu intérieur.

On observe presque toujours des modifications de la chronaxie chez les nourrissons spasmophiles, mais ces modifications ne sont pas pathognomoniques: tantôt, et le plus souvent, il s'agit d'une augmentation, tantôt d'une diminution. En outre chez un même sujet, il est fréquent de rencontrer trois types de chronaxies, suivant les muscles examinés: les unes normales, d'autres diminuées, d'autres augmentées.

Les mesures personnelles de P., M. et R. montrent que si la chronaxie est dans la majorité des cas augmentée chez les spasmophiles non traités, elle est au contraire le plus généralement diminuée lorsque l'examen électrique n'a pu être effectué qu'après plusieurs séances d'actinothérapie. Il n'est pas impossible que suivant la dose, suivant la durée, suivant le nombre des séances, la cure actinique exerce sur l'excitabilité neuro-musculaire des spasmophiles des actions différentes.

G. Schreiber.

Louis Willemin-Clog et Fr. Arts (Strasbourg). ***Les formes anatomo-cliniques de la péritonite tuberculeuse du nourrisson*** (*Revue française de pédiatrie*, t. VIII, n° 5, 1932). — A l'occasion de 2 cas suivis à la clinique du prof. Rohmer, W.-C. et A. exposent les formes anatomo-cliniques de péritonite tuberculeuse que l'on peut rencontrer chez le nourrisson. Selon la remarque judicieuse d'Armando Frank il convient de signaler que si, considérée dans le cadre de la tuberculose du nourrisson, la péritonite est une localisation rare, la tuberculose représente par contre une des causes les plus fréquentes de la péritonite à cet âge.

La péritonite tuberculeuse du nourrisson comprend trois formes anatomo-cliniques principales: une *forme ascitique* ou *exsudative*, une *forme fibro-caséeuse* ou *adhésive* et une *forme tympanique* (Marfan) ou *plastique*, ou *nodulaire*.

Les deux premières formes ne se distinguent en rien de celles qu'on observe chez l'enfant plus âgé et même chez l'adolescent; la troisième, au contraire, semble plus particulière au nourrisson; elle est d'ailleurs plus fréquente chez lui que les deux autres. Elle tire, d'autre part, son intérêt de la difficulté de son diagnostic.

La *forme ascitique* semble être extrêmement rare chez les nourrissons. A l'examen on trouve l'abdomen saillant, proéminent, « en obusier ». L'état général reste longtemps satisfaisant; la température est normale ou légèrement subfébrile. Peu à peu apparaissent de la pâleur, de l'asthénie, de l'amaigrissement. Cependant l'évolution est en général favorable.

La *forme fibro-caséeuse*, bien plus fréquente, peut débuter de façon tout aussi insidieuse. L'augmentation de volume du ventre constitue dans cette forme également le signe cardinal. L'affection peut évoluer de façon apyrétique; dans d'autres cas, elle s'accompagne durant des semaines d'une fièvre à 38°-38°5.

Le pronostic, sans être fatal, est grave. L'enfant meurt de cachexie progressive. La fin est hâtée parfois par une broncho-pneumonie intercurrente ou par une généralisation granulique.

La *forme tympanique* évolue en deux périodes d'inégale longueur: la première, étendue sur des semaines et même des mois, est caractérisée par la constitution progressive d'un fort ballonnement abdominal avec apparition de signes gastro-intestinaux frustes et atteinte de l'état général; la seconde, courte, durant quelques jours, tout au plus quelques semaines, correspond à une phase terminale aiguë de l'affection.

Le caractère essentiel du météorisme dans cette forme est d'être immuable et irréductible. Le pronostic semble fatal, à en juger d'après les observations publiées.

Le *traitement* de ces formes doit être essentiellement médical. La laparotomie est actuellement presque complètement abandonnée. Le repos au lit doit être absolu. Les bains de soleil et les irradiations par les rayons ultra-violets constituent l'agent thérapeutique le plus efficace: ils devront être quotidiens, étendus à tout le corps et répétés durant des mois.

G. Schreiber.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

Schreus et Bernstein. ***Les résultats du traitement salvarsanique « à saturation »*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 50, 9 Décembre 1932). — Cette cure thérapeutique a pour but d'augmenter l'imprégnation de l'organisme par le médicament, sans toutefois élever la dose maxima des injections considérées isolément. Basée sur des données expérimentales et cadrant avec les principes exposés par Ehrlich, cette méthode utilise les injections répétées de doses suffisamment minimes pour ne pas déterminer de concentration arsenicale, même passagère, dans le sang.

Après avoir vérifié par 2 injections préalables de 0,45 puis de 0,60 de néosalvarsan la tolérance à l'arsenic, on pratique 1 fois par semaine les injections saturantes: 3 injections successives sont faites à vingt minutes d'intervalle pour permettre la diffusion du néosalvarsan dans l'organisme avant que la dose suivante soit injectée. La quantité maxima introduite en une fois ne dépasse pas 0 gr. 60, la dose totale atteignant dès la quatrième semaine 1 gr. 05 pour les femmes, 1 gr. 50 pour les hommes; cette dose ne sera pas dépassée aux injections ultérieures: 6 à 9 gr. de néosalvarsan constituant la quantité totale administrée durant la cure.

Une série de bismuth est pratiquée simultanément dans l'intervalle des injections arsenicales.

Cette méthode expérimentée depuis sept ans a fourni les résultats suivants:

1° Appliquée lors d'indications justifiées et avec soin, la cure saturante n'est pas plus dangereuse

que les cures salvarsaniques habituelles. Elle est moins fatigante que la malariathérapie et peut être utilisée dans nombre de cas où la pyrétothérapie est contre-indiquée.

2° La combinaison thérapeutique de la cure saturante arsenicale avec le bismuth et la pyrétothérapie (par le pyrifer) est particulièrement active. Le traitement peut être renouvelé après intervalle de six semaines à trois ou six mois.

3° Les indications de cette méthode sont les cas récents permettant d'espérer une cure abortive à l'aide de 2 séries saturantes rapprochées. Les syphilis résistantes aux médications habituelles relèvent plus spécialement encore de ce mode de traitement. En outre, on l'emploiera lors de syphilis des gros vaisseaux, et de syphilis ancienne nerveuse avec manifestations céphalo-rachidiennes, y compris tabes et paralysie générales, et surtout lorsque la pyrétothérapie est contre-indiquée ou a échoué.

La cure d'épreuve précédant les injections saturantes sera dans ces derniers cas très soigneusement pratiquée pour vérifier la tolérance arsenicale de ces sujets.

Les résultats obtenus seraient aussi favorables ou même parfois supérieurs à la malariathérapie.

G. Dreyfus-Sée.

G. Tavares. ***Le calcium utilisé comme analgésique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*. t. LXXIX, n° 50, 9 Décembre 1932). — Le calcium soluble et en particulier le lactate de chaux aurait une action analgésiante nette, méconnue parce que se produisant assez lentement et de façon insidieuse. Cependant T., à l'aide de ce médicament administré par voie digestive, croit avoir obtenu des succès au cours de névralgies chroniques, de névrites, de rhumatisme chronique, de douleurs multiples indéterminées, de céphalées chroniques peu intenses.

Il préconise l'emploi de 1 à 2 gr. de lactate de chaux dissous extemporanément dans de l'eau tiède, puis mélangés à de l'eau froide et absorbés après les repas. Quand les douleurs ne sont pas très marquées on peut adjoindre un peu de jus de citron et de sucre pour masquer le goût du lactate de chaux, ou bien utiliser le gluconate de calcium sans saveur. Pourtant le lactate de chaux seul, non édulcoré, paraît plus efficace. Parfois l'administration sous forme de lavements à garder pourra être utile chez des sujets à estomac sensible. D'ailleurs ce mode d'emploi est particulièrement indiqué en cas de diarrhée.

Ni l'action diurétique ou tonicardiaque, ni l'influence sur la résorption des épanchements n'ont été observées par T.

G. Dreyfus-Sée.

W. Döhmann. ***A propos du diabète infantile*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 51, 16 Décembre 1932). — L'amélioration du pronostic du diabète infantile par l'application de l'insulinothérapie n'est réelle qu'à condition de tenir compte de tous les facteurs qui font différer l'affection chez l'enfant et chez l'adulte. Le pourcentage de cas graves demeure malgré tout plus élevé dans le jeune âge, et ceci d'autant plus que l'enfant est touché plus précocement. Chez l'enfant interviennent en particulier les besoins créés par la croissance, la fréquence des maladies infectieuses, la crise hormonale pubertaire, enfin les divers traumas psychiques inséparables de la période éducative.

En ce qui concerne la nature même du diabète, D. rappelle seulement l'importance de l'action antagoniste de l'adrénaline et de l'insuline sur la teneur en glycogène du foie. Ces 2 sécrétions glandulaires se font sous l'influence de 2 centres nerveux proches l'un de l'autre dans le bulbe, eux-mêmes commandés par les centres de la régulation nerveuse glycémique du corps strié et des couches optiques. La sécrétion thyroïdienne peut élever la glycémie soit par l'intermédiaire du sympathique, des surrénales et du foie, soit par transformation directe des albumines corporelles, soit en inhibant la sécrétion pancréatique insulinique. Il y aurait donc à côté du diabète vrai, pancréatique, des glycosuries paradiabétiques d'origine nerveuse ou même rénale, la différenciation entre ces formes se faisant par l'épreuve glycémique de Staube et Traugott.

Le diabète vrai infantile serait, selon D., une insuffisance pancréatique congénitale d'origine héréditaire; la fréquence de parents diabétiques retrouvés dans les 2 ou 3 générations antérieures plaide pour cette hypothèse. Les dates d'apparition sont essentiellement la première enfance et la puberté (diabète infantile et juvénile de von Pirquet). D. passe en revue les diverses causes déclanchantes: modifications hormonales pubertaires, infections intercurrentes, etc. Il envisage ensuite les notions essentielles concernant les régimes préconisés, l'institution du régime insulinique et sa surveillance à l'hôpital ou en ville, les incidents de gravité variable survenant chez les enfants diabétiques traités. Il insiste en particulier sur l'importance de leur état psychique et recommande de leur faire mener une vie aussi normale que possible, d'éviter l'atmosphère d'inquiétude autour d'eux.

Le traitement, commencé en clinique, peut être poursuivi en ville lorsque le régime a été bien établi, à condition que les injections d'insuline soient régulièrement faites, que l'enfant reste sous surveillance médicale et suive son régime. Dans ces conditions, sur 23 enfants observés par D., il y a eu 5 cas de morts: 2 accidentelles, 3 provoquées par l'arrêt du régime et du traitement pour raisons sociales. Le développement d'une organisation permettant la poursuite régulière de la thérapeutique et par conséquent la survie de ces enfants est donc souhaitable.

G. Dreyfus-Sée.

W. Schultz. ***Le destin ultérieur des malades ayant présenté de l'éclampsie ou des affections rénales en rapport avec la puerpéralité*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 51, 16 Décembre 1932). — Il est très important de savoir si les altérations rénales observées durant la grossesse peuvent être à l'origine de néphrites chroniques persistantes. Les avis diffèrent sur ce point et la question ne peut être tranchée que par de très nombreuses observations suffisamment précises pour éliminer les cas où une néphrite préexistait à l'état puerpéral.

La méthode employée par S. a consisté à vérifier les registres des cliniques obstétricales et des hôpitaux ainsi que les registres municipaux permettant de suivre les déplacements des malades. Ainsi certaines femmes qui malgré les recommandations médicales ne s'étaient pas représentées à la consultation de la clinique ont été retrouvées dans des hôpitaux où elles avaient été se faire examiner lors de l'apparition des troubles. Les méthodes usuelles de contrôle rénal sont utilisées: constante uréique, recherche de concentration, tension artérielle, examen du fond d'œil.

Sur les 780 cas d'éclampsie et néphrites gravidiques observés de Janvier 1900 à Décembre 1930, 184 ont pu être réexaminés. L'étude de ces cas permet de conclure à la guérison habituelle des affections rénales, puerpérales et éclamptiques. L'évolution vers la néphrite chronique est exceptionnelle et la plupart du temps il est possible de retrouver dans l'histoire de ces malades une autre cause d'affection rénale durable; de telle sorte que ces réserves mêmes au pronostic de la néphrite puerpérale demeurent discutables.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

R. Cronental. ***Ostéopsathyrose héréditaire*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXIV, n° 3, 22 Novembre 1932). — C. donne l'observation de deux cas d'ostéopsathyrose concernant le père et le fils. La grand'mère a d'ailleurs été atteinte par la maladie, car elle a présenté au cours de son existence et sans traumatisme important 3 fractures des os. Le père a marché assez tard (20 mois), a eu sa première fracture à 3 ans et, pendant une certaine période, il en a eu, en moyenne, 2 par an. Ces fractures guérissaient très vite. Il mesure actuellement 1 m. 35 et pèse 54 kilogr. Les sclérotiques sont bleues, on constate un arc cornéen, des amygdales hypertrophiées et anfractueuses, une forte lordose et une scoliose modérée. Aux rayons Rœntgen, on constate la trace d'anciennes fractures, parfois avec déplacement de fragments osseux. La structure des os est, en général, à grosses mailles et atrophique. Dans 100 gr. de sérum, on trouve 10 milligr. de K, 12 de Ca, 1,8 de Mg, 140 de cholestérine, 2,8 de P inorganique et 1,6 de P organique.

Le fils, qui mesure 1 m. 41 et pèse 43 kilogr., n'a commencé à marcher qu'à 3 ans et a présenté souvent des amygdalites ainsi que des fractures extrêmement nombreuses qui ont nécessité souvent un traitement à l'hôpital, mais qui cependant paraissent avoir cessé depuis quelques mois. Les sclérotiques sont nettement bleues, il y a du strabisme divergent, pression 135/90, souffle systolique surtout marqué à la base, deuxième bruit aortique accentué et, aux rayons Rœntgen, aorte épaissie et hypertrophie cardiaque. L'examen du squelette aux rayons Rœntgen montre une atrophie générale, une structure à grosses mailles; dans beaucoup d'endroits, la corticale et la spongieuse ne sont pas différenciables; les trabécules ne sont souvent pas constatées et, en tout cas, irrégulières. Dans le sang, on trouve 20 milligr. de K, 12 de Ca, 1,8 de Mg, 1,5 de P organique, 3,8 de P inorganique et 210 de cholestérine.

Ainsi, la maladie s'est étendue sur 3 générations et est allée apparemment en s'aggravant. Au point de vue mental, le père est débile, mais le fils est normal. Il y a cependant lieu de remarquer que chez les deux, les organes d'origine mésenchymateuse sont particulièrement atteints: squelette, sclérotiques, système vasculaire (hypertension et lésions aortiques), appareil lymphatique. En même temps, il y a modifications du métabolisme de la cholestérine qui est augmenté dans le sang.

P.-E. Morhardt.

Knud Secher. ***Les relations du cor pendulum, de la gastroptose et de la bathygastrie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXIV, n° 4, 9 Décembre 1932). — S. a étudié 33 hommes et 149 femmes atteints de gastroptose ainsi que 7 hommes et 14 femmes présentant un petit cœur, mais sans gastroptose. Il s'est agi, en général, de sujets grands et maigres.

On a constaté que le diamètre transversal du cœur augmente avec l'âge, les chiffres les plus faibles étant observés chez les sujets les plus jeunes qui présentent le type de *cor pendulum*. Entre 30 et 39 ans, le diamètre transversal est encore petit, mais, plus tard, il devient normal. Une étude mathématique des différences ainsi constatées montre qu'elles ne sont pas le fait du hasard.

L'estomac, par contre, ne se modifie pas. Le fait que l'estomac descend notablement au-dessous des crêtes iliaques doit être alors considéré comme le résultat d'une constitution gracile spéciale et désigné sous le nom de bathygastrie. Cependant, chez

les femmes qui ont eu des enfants, on constate souvent que l'estomac passe du type asthénique au type normal. L'étude d'une fillette à 11 ans et à 14 ans a, d'un autre côté, permis de constater l'apparition d'un cor *pendulum* qui pourrait être mis en relation avec la forme du thorax.

En outre, un grand nombre de sujets ont présenté de la gastroptose (46 femmes et 16 hommes) sans manifester aucun symptôme gastrique.

P.-E. MORHARDT.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG (Leipzig et Dresde)

G. Katz. ***Thrombose cancéreuse de la veine cave inférieure et circulation veineuse collatérale*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXIV, n° 24, 15 Décembre 1932). — Chez un malade de 73 ans, présentant depuis un an un œdème énorme commençant en haut au niveau de la 3e lombaire, le traitement par les toni-cardiaques et par le drainage des œdèmes fit disparaître complètement les phénomènes de stase et une circulation veineuse collatérale considérable se développa. K. a réussi à mesurer la vitesse de la circulation dans ce segment au moyen d'une méthode qui consiste à injecter dans une veine périphérique une solution hypertonique de calcium (1 cme de $CaBr^2$ à 50 pour 100) et à évaluer le temps écoulé entre le début de l'injection et l'apparition de la sensation locale de chaleur, sachant que celle-ci normalement, quand on a injecté dans la veine cubitale, apparaît à la tête en neuf à dix secondes et, quand on a injecté dans la veine dorsale du pied, en 17 à 19 secondes. Or, chez ce malade, les chiffres correspondants étaient de vingt secondes, ce que K. rapporte à une insuffisance générale de la circulation, et de soixante-quinze secondes, retard considérable qui témoignait de la présence d'un obstacle au niveau des veines de la moitié inférieure du corps, au niveau de la veine cave inférieure dans ce cas. En effet, l'autopsie vint montrer une thrombose étendue des veines hépatiques à la veine iliaque commune et consécutive à un hypernéphrome du rein gauche propagé à la veine cave inférieure. Cette méthode est intéressante pour diagnostiquer les oblitérations des veines profondes.

K. souligne que le traitement énergique des œdèmes a procuré ici une prolongation importante de la vie qui a donné le temps à la circulation collatérale de s'établir et de se développer. Le malade, qui a succombé trois mois après l'établissement de cette circulation à la dégénérescence du myocarde et à une broncho-pneumonie, est resté sans œdèmes jusqu'à sa mort.

P.-L. MARIE.

ARCHIV FUR HYGIENE UND BAKTERIOLOGIE (Munich et Berlin)

A. Grumbach et **R. K. Grilichess.** ***Epidémiologie de la fièvre ondulante*** (*Archiv für Hygiene und Bakteriologie*, t. CIX, n° 3, Décembre 1932). — Dans ce travail qui émane de l'Institut d'Hygiène de l'Université de Zurich, G. et G. font un exposé très complet des données de la littérature qu'ils comparent aux constatations faites par eux-mêmes. Ils remarquent tout d'abord, que le nombre des cas diagnostiqués a fortement augmenté puisqu'il a passé de 39 en 1928 à 141 en 1931 et à 102 dans la première moitié de 1932. Mais il reste à savoir si cette augmentation n'est pas due au fait que le diagnostic est plus fréquemment fait. Pour avoir une idée de la fréquence réelle, c'est surtout aux laboratoires qui font le diagnostic sérologique des fièvres typhoïdes qu'il faut s'adresser. On constate que la proportion ainsi trouvée varie de 0,8 (Poppe, Rimpau), à 10,8 (Kristensen, Per Holm), au Danemark. A Zurich, ces chiffres se sont élevés à 6,1 pour 100 sur 1.503 sérums examinés pour les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

Par ailleurs, il est arrivé aux laboratoires de G. et G. 690 sérums avec le diagnostic de fièvre ondulante dont 243 (35 pour 100) ont donné une réponse positive. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le nombre de sérums envoyés avec le diagnostic de fièvre ondulante augmente rapidement parce qu'on pense de plus en plus à la maladie.

Sur un total de 351 sérums, il y en a 36 dont seule l'agglutination était positive et qui doivent être considérés comme émanant de cas précoces ; dans 32 cas, par contre, seule la fixation du complément était positive: 108 de ces cas sont arrivés avec le diagnostic de fièvre typhoïde ou paratyphoïde. Sur 320 cas d'agglutination positive, on a obtenu 35 cultures (11 pour 100).

La répartition mensuelle de ces cas montre que les courbes sont extrêmement uniformes à Zurich. On n'a pas du tout constaté les variations saisonnières notées par d'autres auteurs, notamment aux Etats-Unis. Cependant, en Décembre 1931, il a été constaté une augmentation forte et inexplicable. Le plus grand nombre des cas de fièvre ondulante relevés par G. et G. proviennent de Zurich. Mais il n'y a pas à tirer de ce fait aucune déduction quant à la répartition géographique de la maladie. Pour 243 hommes, on a constaté 98 femmes. Les femmes sont à peu près également atteintes à la ville et à la campagne. Mais les hommes sont plus fréquemment frappés à la campagne. D'ailleurs la différence entre la population urbaine et la population rurale est beaucoup moins importante en Suisse (3 : 4) qu'au Danemark (1 : 3). La maladie frappe surtout des sujets de 30 à 40 ans (125 cas sur 351).

Le fait que la population urbaine soit si souvent atteinte montre que la consommation du lait doit jouer un rôle important dans la dissémination de la maladie. Il est remarquable que, tandis que la fièvre ondulante augmente, la courbe typhique-paratyphique diminue d'une façon nette (165 en 1929 contre 53 dans la première moitié de 1932). On doit donc rendre les déclarations de la fièvre ondulante obligatoires bien qu'il s'agisse d'une endémie déjà existante et non d'une dissémination épidémique brusque. Au point de vue prophylactique, étant donné qu'on ne peut pas créer, en Suisse, comme en Amérique, des troupeaux indemnes, la méthode consiste à faire de la propagande contre le lait cru car le lait pasteurisé permet d'éliminer complètement la maladie.

P.-E. MORHARDT.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

F. M. Rackemann. ***Ce que sont devenus 213 asthmatiques présentés comme « guéris » et revus quatre ans plus tard*** (*Archives of internal Medicine*, t. L, n° 6, Décembre 1932). — En 1928, R. publiait un travail sur 213 asthmatiques suivis depuis deux ans et qu'on pouvait croire guéris. Dans cet article il donnait une classification clinique de ces cas d'asthme et essayait de dégager les raisons de la « guérison ». Quels sont les résultats au bout de quatre nouvelles années ? Ils montrent que, plus longtemps on suit les patients, et plus il est évident que la « guérison » est une éventualité douteuse, en dépit même du fait que bien des malades demeurent indemnes de symptômes pendant de longues périodes. Le nombre des cas « guéris », qui était de 213 en 1928, s'est trouvé réduit à 131, sur un total de 1074 cas au départ. Il semble donc bien que « lorsqu'on est asthmatique, c'est pour le restant de sa vie ».

Pourquoi le traitement est-il si difficile et les résultats si maigres ? En ce qui concerne l'asthme d'origine extrinsèque, une observation prolongée des malades montre que l'allergie est un caractère remarquablement tenace. La faculté de développer de l'hypersensibilité est telle chez ces sujets qu'ils tendent à devenir hypersensibles à l'égard de nouvelles substances de leur entourage. C'est cette faculté qui est fondamentale et sa nature est totalement inconnue. Or le traitement bloque la détente qui déclenchait la crise, mais il laisse l'arme chargée.

L'influence de l'infection chronique des sinus est difficile à analyser. La coïncidence de sinusite et d'asthme est fréquente; on voit des sinusites aiguës produire des crises d'asthme de même durée que l'infection; les sinusites chroniques peuvent causer de l'asthme également chronique, et qui reste parfois silencieux pendant longtemps à la suite d'interventions sur les sinus, la sinusite dans ces cas semblant la cause primitive de l'asthme. Mais dans d'autres cas le traitement radical n'a pas été suivi de bons résultats et dans d'autres encore la guérison clinique est survenue bien qu'il y eût encore des polypes du nez ou de l'infection des sinus. Enfin il est des cas où la lésion des sinus est une complication qui s'ajoute à la cause primitive pour produire une sommation qui, à son tour, aboutit à l'asthme. En pareil cas, ni le seul facteur extrinsèque, ni l'infection à elle seule, ne suffit à produire les symptômes de l'asthme qui sont fonction de la présence de l'infection au moment de l'exposition à la substance étrangère.

La grande fréquence de la sinusite chez les asthmatiques peut-elle être rattachée à la faculté de développer de l'hypersensibilité ? Il se peut que les réactions d'allergie des tissus tendent à maintenir l'infection tandis que les réactions d'immunité du sérum tendent à la faire disparaître. Mais c'est là pure hypothèse. Les progrès seront plus rapides quand on se sera persuadé que le problème fondamental de l'asthme ne réside pas dans l'hypersensibilité à une protéine particulière ni dans la présence d'une affection nasale, mais dans l'étude de la faculté de développer de l'hypersensibilité à l'égard des substances étrangères. Sans aucun doute, cette faculté est héréditaire et semble étroitement liée à la structure biologique et physico-chimique des chromosomes.

P.-L. MARIE.

R. Isaacs. ***Effet de maturation exercé par les rayons X sur les cellules sanguiformatrices*** (*Archives of internal Medicine*, t. L, n° 6, Décembre 1932). — Les opinions divergent quant à la nature de l'action des rayons X sur les tissus vivants. En général, on admet que de petites doses stimulent et que de grosses doses « dépriment ». Les cellules sanguiformatrices, telles qu'on les trouve au cours de la leucémie, du lymphoblastome et du cancer, constituent un matériel de choix pour l'étude de l'action biologique des rayons X.

De ses recherches faites sur un millier de patients de ce genre, I. conclut que l'effet exercé par les rayons X, aussi bien à petite dose qu'à dose élevée, sur les cellules sanguiformatrices est un effet de stimulation, le résultat dépendant du stade de développement de ces cellules. Celles qui se trouvent au stade de myéloblaste ou de lymphoblaste ou à un stade plus jeune encore sont stimulées dans le sens d'une reproduction rapide, parce qu'il existe à ce stade une grande potentialité de développement, tandis que les cellules au stade de myélocytes ou au stade de lymphocytes de dimension moyenne se trouvent stimulées à se développer pendant tout le reste de leur vie d'une façon régulière, ces cellules ne se divisant pas et ne se multipliant pas normalement. Elles meurent ou sont éliminées comme des cellules séniles normales. On ne constate rien qui prouve une action nécrotique toxique exercée par les rayons X appliqués à doses thérapeutiques.

Ce processus est accéléré par les doses élevées, si bien que l'état de sénilité est atteint bien plus tôt, ce qui donne l'impression d'une action « dépressive ». La période comprise entre l'application des rayons et le moment où les cellules atteignent la sénilité représente la période latente, qui correspond au laps de temps nécessaire à la maturation des cellules.

L'action des rayons X sur les cellules sanguiformatrices vivantes est donc une action de stimulation à la division ou à la maturation selon la norme, et non une action nécrosante et toxique. Les cellules des tissus qui ont une longue vie adulte (cellules musculaires, cellules nerveuses, cellules du tissu fibreux) se montrent résistantes aux rayons X, tandis que les éléments qui n'ont qu'une brève vie à l'état adulte (cellules germinatives, leucocytes) périssent rapidement après avoir été stimulées dans la voie de la sénilité. Toutes possèdent la même sensibilité, mais leur mort se produit à des intervalles divers qui dépendent de la durée de la survie physiologique normale des cellules. P.-L. Marie.

D. M. Greenberg et **L. Gunther.** ***Le calcium diffusible du sang. V. Influence des agents qui modifient la calcémie sur la répartition du Ca et sur les phosphates minéraux du sérum*** (*Archives of internal Medicine*, t. L, n° 6, Décembre 1932). — On a beaucoup étudié dernièrement les agents capables d'influencer la calcémie. Ce sont surtout des composés renfermant du Ca, les extraits parathyroïdiens, les rayons ultraviolets, la vitamine D. Mais la plupart des auteurs se sont bornés à mesurer la modification du Ca total du sérum. Or le Ca du plasma est représenté par deux fractions: Ca non diffusible, qui semble inerte; Ca diffusible ou dialysable, le seul physiologiquement actif. D'autre part, il paraît bien exister une relation fonctionnelle entre le Ca, les protéines et les phosphates minéraux. La simple étude des modifications du Ca total ne suffit donc pas à caractériser l'action des agents influençant la calcémie.

G. et G. ont étudié expérimentalement les changements produits dans le Ca diffusible, le Ca non diffusible et les phosphates minéraux du sérum par l'ingestion de lait sucré, de lait acidifié par l'acide lactique, de sels calciques (chlorure, acétate, lactate, gluconate de calcium) et par l'injection d'extrait parathyroïdien de Collip. Ils ont déterminé le taux du Ca diffusible par le procédé de l'ultra-filtration dont ils ont vérifié la rigueur.

Tout d'abord, ils ont constaté que chez l'homme et chez le chien on ne trouve pas, pendant de courtes périodes de jeûne, de changements notables dans le Ca ni dans les phosphates minéraux du sérum, ce qui indique qu'il n'existe pas de variations quotidiennes rythmées dans les fractions du Ca ni dans les phosphates du sang.

Ils ont noté de grandes différences chez l'homme à la suite de l'ingestion de lait sucré et de lait acidifié. Le premier, à la dose d'un litre, ne provoque pas d'augmentation du Ca sanguin; il y a plutôt d'ordinaire une légère diminution; les phosphates minéraux du sérum augmentent habituellement. Par contre, avec le lait acidifié, il y a ascension de la calcémie et de la phosphatémie, le maximum étant atteint huit heures après l'ingestion. L'augmentation est d'environ 1 milligr. de Ca pour 100, et elle est due à l'accroissement de la fraction diffusible, le Ca non diffusible restant inchangé.

G. et G. ont vu que l'augmentation du Ca du sérum sanguin chez le chien était la même après ingestion de composés calciques, quel que fût le sel employé, pourvu qu'il ait été donné en quantité équivalente. L'augmentation du Ca est proportionnelle à la quantité de Ca contenue dans la dose de sel et aucun de ces sels de Ca ne semble posséder une efficacité spéciale pour faire monter la calcémie. Quand on donne ces sels, on constate que le maximum d'augmentation du Ca sanguin est atteint au bout de deux heures et que la calcémie revient à son taux initial quatre heures environ après l'ingestion du sel. Les phosphates minéraux du sérum augmentent aussi, cette augmentation étant d'environ 1 milligr. pour 100 cmc de sérum, quelle que soit la dose de Ca ingérée. Le chiffre maximum de phosphate est atteint après que la calcémie est revenue à la normale, c'est-à-dire au bout de six heures environ. L'augmentation totale du Ca sanguin après ingestion d'un sel calcique est due uniquement à l'accroissement de la fraction diffusible, la fraction non diffusible restant inchangée pendant toute l'expérience.

Injectant des doses isolées d'extrait parathyroïdien de Collip allant de 100 à 200 unités sous la peau de chiens pesant de 15 à 25 kilogr., G. et G. ont vu que l'augmentation du Ca sanguin demande vingt-quatre heures environ pour atteindre son maximum, le retour à la normale se faisant en soixante-douze heures. Ici, l'augmentation porte à la fois sur les deux fractions du Ca sanguin, et de façon à peu près égale pour chacune. Quand on injecte une seconde dose d'extrait au moment où la première a déterminé l'élévation maxima de la calcémie, la nouvelle augmentation offre les mêmes caractères que la première. On ne peut guère fournir jusqu'ici d'explication satisfaisante de ce contraste entre le comportement du Ca sanguin dans le temps après l'ingestion de sel calcique et après l'injection d'extrait parathyroïdien.

Les protéines du sérum demeurèrent non modifiées pendant ces expériences.

P.-L. Marie.

B. T. Horton et **G. E. Brown.** ***La thrombo-angéite oblitérante chez les femmes*** (*Archives of internal Medicine*, t. L, n° 6, Décembre 1932). — La maladie de Buerger atteint presque toujours des hommes âgés de 20 à 45 ans. Parmi les 700 cas observés à la clinique Mayo, H. et B. en ont relevé 10 exemples chez des femmes qu'ils relatent ici, en les faisant précéder des très rares cas, parfois contestables d'ailleurs, publiés jusqu'ici. Cette rareté n'est peut-être qu'apparente; la maladie pourrait passer assez souvent inaperçue en raison de la bénignité bien plus grande de ses symptômes chez la femme. Quelle est la cause de sa fréquence beaucoup plus élevée chez l'homme? Elle ne s'explique guère, si l'on admet qu'il s'agit d'une maladie infectieuse chronique, comme semblent l'indiquer les recherches de Buerger et de Horton et Dorsey.

Leurs malades étaient âgées de 28 à 71 ans, l'âge moyen étant de 39 ans; 3 seulement avaient usé du tabac; 3 cas, qui se montrèrent bien plus sévères, concernaient des israélites.

Chez 3 patientes le diagnostic fut confirmé par l'étude anatomo-pathologique des artères et des veines qui montra les lésions classiques de la maladie de Buerger. On eut recours à la résection bilatérale des ganglions sympathiques lombaires chez 4 malades, dont l'une subit en outre la résection bilatérale du ganglion étoilé. Une patiente dut être amputée d'une jambe. Les autres furent traitées médicalement (bains de contraste, chaleur radiante, gymnastique appropriée, injections intraveineuses de vaccin typhique). Les résultats furent, somme toute, satisfaisants, la maladie évoluant de façon manifestement plus bénigne que chez l'homme.

P.-L. Marie.

JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (Chicago)

A. Coburn et **R. Pauli.** ***Recherches sur les relations entre le streptocoque hémolytique et le processus rhumatismal. I. La distribution du streptocoque hémolytique et ses rapports avec l'épidémiologie du rhumatisme articulaire aigu. II. Caractères biologiques du streptocoque hémolytique associé à la maladie rhumatismale. III. Réponses immunologiques des rhumatisants au streptocoque hémolytique*** (*The Journal of experimental medicine*, t. LVI, n° 5, Novembre 1932). — L'existence d'épidémies de rhumatisme articulaire aigu indique que cette affection est d'origine infectieuse. Des travaux anglo-saxons récents ont mis en évidence l'importance du St. hémolytique en pareil cas. Les recherches de C. et P. établissent d'abord les relations entre l'infection de la gorge par le St. hémolytique et le développement du rhumatisme articulaire aigu.

Il est manifeste que certains facteurs climatiques favorisent l'infection des voies respiratoires par le St. hémolytique. Dans les régions tropicales où ce germe ne fait pas habituellement partie de la flore pharyngée, la scarlatine est inconnue et le rhumatisme articulaire aigu rare. Inversement, à New-York, à la suite des poussées épidémiques de pharyngite à St. hémolytique, le rhumatisme se met à pulluler. Les rapports entre la distribution géographique du St. hémolytique et la maladie de Bouillaud sont donc bien nets. De plus, dans la même ville, durant la saison de l'année où l'on trouve rarement ce germe dans le pharynx, les crises de rhumatisme articulaire aigu sont peu fréquentes. La courbe de fréquence de cette maladie présente la même ascension saisonnière que celle des infections à St. hémolytique.

Chez les enfants des classes aisées, le St. hémolytique se rencontre assez rarement dans la gorge et le rhumatisme n'a pas été observé chez eux par C. et P. au cours de leurs recherches. Par contre, dans les classes pauvres de New-York, ce germe se trouve très fréquemment et le rhumatisme articulaire aigu y est commun. La pauvreté et les conditions d'hygiène défectueuses, favorisent à la fois la vitalité du St. hémolytique au niveau de la gorge et la multiplication de la maladie de Bouillaud. Ajoutons qu'on a souvent observé des poussées locales de rhumatisme à la suite d'épidémics d'angines, ce qui confirme les rapports étroits qui existent entre la présence du St. hémolytique dans le pharynx et l'éclosion du rhumatisme articulaire aigu chez les individus susceptibles.

D'autres observations faites chez les rhumatisants viennent fournir de nouveaux arguments en faveur de cette thèse. Dans un asile isolé hospitalisant des enfants atteints de cardiopathies rhumatismales, C. et P. ont constaté que la réactivation du processus rhumatismal ne s'observe qu'à la suite de l'apparition du St. hémolytique dans la gorge. De même, une enquête dans des familles où plusieurs membres avaient des cardiopathies rhumatismales a conduit à une conclusion identique. Des recrudescences de la maladie de Bouillaud ont été observées chez ces sujets dans des circonstances variées, le seul facteur constant a été l'infection familiale par le St. hémolytique.

En étudiant les rhumatisants avant, pendant et après leur transplantation sous les tropiques, C. et P. ont pu démontrer la relation étroite existant entre l'activité du processus morbide et l'infection par le St. hémolytique. Tant que les rhumatisants demeurèrent sous les tropiques, ce germe ne se rencontra pas dans la flore pharyngée et le rhumatisme resta quiescent; à leur retour à New-York, les sujets, qui échappèrent à l'infection respiratoire, n'eurent pas de symptômes de rhumatisme, tandis que ceux qui furent atteints de pharyngites à St. hémolytique eurent tous une crise de rhumatisme articulaire aigu dans les trois semaines qui suivirent l'infection.

Enfin, les recherches bactériologiques minutieuses poursuivies pendant quatre ans par C. et P. chez des rhumatisants ambulatoires leur ont montré que les individus qui échappent aux affections respiratoires restent indemnes de manifestations rhumatismales. D'autre part, la majorité des

rhumatisants, qui contractent une pharyngite à St. hémolytique, présentent ensuite une recrudescence de leur maladie. Il y a donc une relation étroite entre l'infection des voies respiratoires par le St. hémolytique et l'activité du processus rhumatismal chez les individus sensibles.

Dans le but de préciser la nature du St. hémolytique associé au rhumatisme articulaire aigu, C. et P. ont étudié la flore pharyngée chez les pensionnaires d'un asile pour cardiopathies rhumatismales, chez les nurses d'une école d'infirmières et chez des rhumatisants ambulatoires soumis à une aurveillance clinique permanente. Ils ont vu que les St. hémolytiques apparaissent dans le pharynx de une à cinq semaines avant la crise de rhumatisme chez la majorité des sujets. Ils ont déterminé les caractères biologiques des St. hémolytiques isolés, étudiant la production de toxine, la neutralisation de la toxine par une antitoxine-étalon, l'existence possible de types spécifiques et leurs relations avec les souches scarlatineuses de St. hémolytique. De plus, ils ont classé sérologiquement les germes isolés suivant la technique de Lancefield basée sur les réactions de précipitation.

Ils ont vu que les germes isolés n'appartiennent pas à un type unique, mais peuvent être rangés dans six groupes antigéniques différents. La majorité des souches récemment isolées avaient un pouvoir toxigène accusé et les germes produisant la toxine la plus puissante avaient été trouvés chez les sujets atteints de formes de rhumatisme extrêmement intenses. Environ 70 pour 100 de ces toxines étaient neutralisées par un sérum antistreptococcique monovalent.

L'absence d'un type sérologique unique associé au rhumatisme articulaire aigu fait penser que la spécificité de la réaction rhumatismale, de même que la réaction constatée dans certaines autres affections à streptocoques, ne dépend pas entièrement du caractère du germe pathogène, mais probablement aussi de quelque mécanisme individuel propre aux rhumatisants.

C. et P. ont enfin étudié les réactions d'immunité vis-à-vis du St. hémolytique chez les rhumatisants. L'étude des réactions d'agglutination, de fixation du complément, de précipitation et des antistreptolysines (Todd) démontre la production d'anticorps dirigés contre le St. hémolytique au cours du rhumatisme articulaire aigu.

L'agglutination et la réaction de fixation du complément faites avec le sérum des patients suggèrent l'existence d'une infection récente par le streptocoque. Les réactions de précipitation indiquent qu'au moment où se manifeste la crise, les malades produisent dans leur sang des précipitines dirigées contre les fractions protéiques du St. hémolytique. Ces précipitines ne sont pas absolument spécifiques, comme le montrent les réactions similaires obtenues avec des antigènes de germes chimiquement apparentés. Au début de la crise, on constate une élévation du taux de l'antistreptolysine du sérum du malade, qui se montre toujours plus élevé que chez les sujets normaux et que chez les malades atteints d'infections microbiennes autres que celles à St. hémolytique. C. et P. estiment que la présence d'une dose neutralisante de 0 cme 005 d'antistreptolysine plaide fortement en faveur d'une infection récente par le St. hémolytique.

Jointe aux autres arguments présentés ci-dessus, la production d'anticorps dirigés contre le St. hémolytique au début de la crise de rhumatisme et la relation apparemment spécifique qui existe entre le développement d'antistreptolysine et l'infection par le St. hémolytique viennent montrer que l'agent pathogène provoquant le rhumatisme articulaire aigu est bien le St. hémolytique.

P.-L. Marie.

E. L. Jaffe, A. Bodansky et J. P. Chandler. ***Décalcification par le chlorhydrate d'ammoniaque et ses modifications sous l'influence de l'ingestion de calcium. Rapports entre l'ostéoporose et l'ostéite fibreuse*** (*The Journal of experimental medicine*, t. LVI, n° 6, Décembre 1932). — On sait que le chlorhydrate d'ammoniaque détermine de l'acidose par suite de la libération de HCl dans l'organisme lors de la synthèse de l'urée aux dépens du radical ammonium; en même temps, on constate une excrétion exagérée de calcium et de phosphates provenant en majeure partie des réserves osseuses. Dans leurs expériences, J., B. et C. ont pu mettre en évidence une augmentation de la phosphatase du sérum sensiblement parallèle au degré de décalcification des os. De plus, ils ont pu voir que les effets de l'administration du chlorhydrate d'ammoniaque sont en relation étroite avec l'apport de calcium. Les chiens, qui recevaient en même temps que le chlorhydrate d'ammoniaque une ration convenable de calcium, présentèrent une décalcification moindre que ceux qui avaient un régime pauvre en calcium, avec ou sans chlorhydrate d'ammoniaque.

Chez les chiens les plus jeunes, l'effet combiné du chlorhydrate d'ammoniaque et du régime pauvre en Ca détermina des altérations osseuses plus accusées que l'alimentation pauvre en Ca à elle seule.

Quand la décalcification fut moins intense (chez les chiens plus âgés soumis à un régime pauvre en Ca avec ou sans chlorhydrate d'ammoniaque et chez les jeunes chiens recevant une ration convenable de Ca en même temps que du chlorhydrate d'ammoniaque), il se produisit un amincissement général des os sans fibrose de la moelle osseuse (ostéoporose).

Quand la décalcification fut rapide et grave (chez les chiens les plus jeunes soumis à une alimentation pauvre en Ca, et surtout avec adjonction de chorhydrate d'ammoniaque), on constata une décalcification généralisée et une fibrose secondaire de la moelle (ostéite fibreuse). Ce terme d'ostéite fibreuse est assez compréhensif et peut s'appliquer à l'image histologique réalisée toutes les fois que la décalcification clinique ou expérimentale est rapide et aboutit par suite à une fibrose étendue de la moelle.

Les causes spéciales qui président à la décalcification peuvent incidemment apporter des caractères qui modifient le tableau de l'ostéoporose ou de l'ostéite fibreuse généralisée et lui donner un cachet particulier, comme il arrive dans le rachitisme et dans la maladie de Recklinghausen.

P.-L. Marie.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

B. Webster. ***Recherches sur la reproduction expérimentale du goitre simple*** (*Endocrinology*, t. XVI, n° 6, Décembre 1932). — Si la cause immédiate du goitre est le défaut d'iode, la cause ultime qui produit une insuffisance relative d'iode est inconnue et W. a cherché à l'élucider.

Ayant remarqué que les lapins de son laboratoire présentaient avec le temps de séjour une thyroïde de plus en plus volumineuse, il chercha les raisons de cette épidémie locale de goitre. Il vit d'abord que le degré d'hyperplasie était proportionnel à la durée du séjour au laboratoire et que la totalité des lapins restant plus de quarante jours au laboratoire avaient des thyroïdes de poids supérieur à la normale, atteignant parfois 43 gr. et faisant une saillie très visible au cou, la structure histologique étant celle du goitre parenchymateux diffus. Or, ces animaux recevaient une ration riche en choux. Les expériences ultérieures montrèrent qu'une quantité de choux équivalant à 60 calories par jour et par kilogramme produit une hyperplasie thyroïdienne proportionnelle à la durée de cette alimentation. L'adjonction d'iode permet d'éviter sûrement le goitre. Par contre, l'irradiation ultra-violette accroît le pouvoir goitrigène de ces végétaux.

Il existe donc dans le chou et dans d'autre végétaux voisins (choux-fleurs, choux de Bruxelles) une substance goitrigène qui est sujette à de grandes variations saisonnières et géographiques et qui agit par l'intermédiaire d'une diminution des oxydations tissulaires, ce qui fait penser que cette substance est un cyanure. Hoffmann a montré que les cyanures interviennent dans la constitution des glycosides du groupe *Brassica*. Quand cette diminution se produit, il semble que la thyroïde s'efforce de la compenser par une surproduction de l'activateur des oxydations qu'est la thyroxine, ce qui entraîne, semble-t-il, une insuffisance relative d'iode et une hyperplasie consécutive de la thyroïde.

Les goitres obtenus ainsi ressemblent foncièrement aux goitres simples qu'on voit chez l'homme et les animaux et il est indiqué de chercher chez eux quelle est la cause de l'insuffisance relative d'iode, et en particulier de porter son attention sur la diminution des oxydations.

P.-L. Marie.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

W. Adie. ***L'étiologie et la symptomatologie de la sclérose multiloculaire*** (*British medical journal*, n° 3752, 3 Décembre 1932). — L'opinion de Guillain disant que la sclérose multiloculaire est, après la syphilis, la maladie la plus fréquente du système nerveux a été approuvée par tous les neurologistes. L'étiologie reste obscure. L'agent causal est encore inconnu. La clinique, seule, a fait quelques progrès. Il y a trente ans, pour caractériser la maladie, il fallait le nystagmus, le tremblement intentionnel, la parole scandée; maintenant on sait qu'elle est responsable d'un certain nombre de signes nerveux centraux. Le début est insidieux et souvent monosymptomatique. Dans 40 pour 100 des cas, les premiers symptômes sont des troubles oculaires transitoires (amblyopie, diplopie); dans 30 pour 100 des cas, des troubles moteurs ou sensitifs dans les membres inférieurs; dans 6 pour 100, ces mêmes troubles dans les membres supérieurs; dans 5 pour 100, des troubles homolatéraux des membres; dans 4 pour 100, des attaques sévères de vertige. La marche de la maladie est discontinue avec de longues rémissions. Dans 74 pour 100 des cas, le début s'est fait entre 30 et 40 ans. L'âge le plus jeune: 13 ans. Après 45 ans, on ne voit plus débuter la sclérose en plaques.

Dans cette maladie, il n'est pas rare de rencontrer des symptômes qui ne rentrent pas dans le cadre habituel et la liste en est longue. Les symptômes oculaires sont très importants pour le diagnostic et spécialement la névrite rétro-bulbaire. Sur 118 cas, A. constata 41 fois ce symptôme et, chez 10 malades, ce fut le premier symptôme en date. Il est bien connu, du reste, que la névrite rétro-bulbaire précède de longtemps les autres symptômes. Mais sous le nom de névrite rétro-bulbaire, il faut comprendre une affection oculaire qui débute d'une façon aiguë, frappe un seul œil, se traduit par un scotome central qui a une tendance à régresser. Des douleurs à la pression du globe oculaire, une vision très diminuée complètent ce syndrome. Une amélioration se fait sentir au bout de deux semaines et la guérison généralement survient dans les deux mois, laissant toutefois une papille floue ou tachetée ou légèrement œdématiée dans la plupart des cas. Cette névrite

rétro-bulbaire, dans 85 pour 100 des cas, se montre entre 20 et 40 ans et plus chez la femme que chez l'homme.

André Plichet.

Morris, Schiff, Foulger, Rich et **Scherman.** ***Remarques sur l'hormone hématopoïétique (Addisin) dans l'anémie pernicieuse*** (*British medical journal*, n° 3753, 10 Décembre 1932). — En 1929, Scharp préconisa l'usage de l'estomac de porc dans l'anémie pernicieuse. Strugis et Isaacs montrèrent que la poudre d'estomac de porc était aussi efficace que le foie. D'autre part, les travaux de Castle et de ses collaborateurs ont montré qu'il existait une substance dans le suc gastrique normal qui n'était ni la pepsine, ni l'acide chlorhydrique, ni la salive, ni les sucs duodénaux et qui était activée, chez les sujets normaux, par la digestion de la viande. Cette substance, détruite à une température de 40°, n'agit, comme l'insuline, que par voie parentérale.

M. et ses collaborateurs sont arrivés à concentrer le suc gastrique par distillation dans le vide et à retirer une substance qu'ils désignent sous le nom d'Addisin (en mémoire d'Addison). Cette substance, qui semble être une hormone, se trouve dans les sucs gastriques des espèces porcine, canine, bovine, par conséquent, chez les omnivores, les carnivores, les herbivores. Le volume du suc gastrique ainsi traité a été réduit de 3 pour 100 environ et des travaux sont en cours pour concentrer davantage et pour arriver à déterminer la nature de l'hormone.

Chez un sujet, âgé de 65 ans, atteint d'anémie pernicieuse, dont le nombre de globules rouges était de 1.600.000, l'hémoglobine de 50 pour 100, les réticulocytes entre 0,6 et 1,3 pour 100, on injecta 4 cmc représentant 3 litres de suc gastrique de porc. Le lendemain, les réticulocytes s'élevaient à 4,4 pour 100. Quatre jours après l'injection, à 28,8 pour 100, six jours après à 39,3 pour 100. Le maximum des réticulocytes soit 42 pour 100 fut atteint dix jours après l'injection. En même temps que les réticulocytes, le nombre de globules rouges augmenta de 200.000. Trois mois environ après le nombre des globules rouges était de 4.500.000 et l'hémoglobine de 95 pour 100. Le malade ne reçut qu'une seule injection de ce suc gastrique concentré, c'est ce qu'il y a de remarquable dans cette observation.

André Plichet.

L. Aschoff. ***Les relations entre le métabolisme du cholestérol et les maladies vasculaires*** (*British medical journal*, n° 3755, 24 Décembre 1932). — On sait depuis longtemps que la tunique interne des vaisseaux est souvent atteinte de dégénérescence graisseuse. Cette surcharge graisseuse ou athérome est une pure cholestéatose. Elle est composée d'éthers, d'oléates de cholestérol, de cholestérol non combiné et pour une petite part de phospatides et de cérébrosides. Ces lipoïdes sont apportés par le sang circulant puisque la tunique interne et les deux tiers internes de la tunique moyenne tirent leur nutrition du sang qui baigne la première. L'infiltration se poursuit ensuite à travers les fibres élastiques et le tissu collagène.

L'athérome commence de bonne heure, si on en juge par les altérations microscopiques. De l'enfance à la puberté, on trouve un très léger épaississement de l'intima, dû aux lipoïdes, qui coïncide d'ailleurs avec les périodes d'accroissement des vaisseaux. Plus tard, on trouve des épaississements nodulaires irréguliers ou géographiques qui constituent l'endoaortite ou endartérite déformante. Associés à cette infiltration, on remarque souvent des dépôts de substances protéiques telles que la dégénérescence hyaline, une hypertrophie des fibres élastiques et une augmentation du collagène. Puis quand l'individu vieillit, il se fait une nécrose de ces dépôts athéromateux en même temps que peut se montrer au contraire une calcification. Il y aurait formation de savons calciques par combinaison avec les acides gras, puis dislocation ultérieure de cette combinaison. Mais à côté de cette calcification secondaire, il existe une calcification primitive qui frappe surtout la tunique moyenne à la limite de la lame élastique. Ce processus se montre rarement au niveau de l'aorte, des vaisseaux du cœur et du cerveau et plus souvent au niveau des artères tibiales. Les dépôts de cholestérol, par conséquent d'ergostérol, favoriseraient la calcification des tuniques des vaisseaux (Windaus).

Le taux du cholestérol dans le sang varie dans de grandes proportions. On explique l'athérome des enfants par une augmentation du cholestérol dans leur nourriture. Pour celui des adolescents, on se demande si les glandes sexuelles ne jouent pas un rôle dans le métabolisme du cholestérol. Chez l'adulte, certaines maladies telles que le diabète, les cardiopathies, l'hypertension, augmentent le taux du cholestérol dans le sang, comme du reste l'alimentation ordinaire. Enfin il ne faut pas oublier que dans la formation de ces dépôts cholestériniques, des facteurs mécaniques jouent également un rôle. Ces dépôts se forment surtout aux endroits de pression du courant sanguin. Mais en définitive, le développement de l'athérome est lié à un trouble de précipitation des lipoïdes.

André Plichet.

James Maxwelle. ***Nouvelles observations sur le traitement de l'asthme par la tuberculine*** (*British medical journal*, n° 3756, 31 Décembre 1932). — A plusieurs reprises depuis 1928, des articles furent publiés sur ce traitement et M. luimême, en 1930, en signala les bons effets dans la majorité des cas. Il s'est servi de tuberculine de Koch vieillie. Les quantités injectées furent de 1/10 de cmc d'une dilution variant de 1 pour 10.000 à 1 pour 1.000.000. La dose initiale de chaque sujet était basée sur sa réponse à l'intradermo-réaction de Mantoux. Plus la réaction était forte, plus la dilution est faible. Les injections d'abord faites tous les deux ou trois jours furent ensuite espacées d'une semaine et furent continuées pendant six mois. La dose maxima qui ait pu être injectée fut de 1/2 cmc d'une dilution au millième. Dans quelque cas l'injection détermina immédiatement une crise d'asthme. Ce fait est une indication à diminuer la dose. Si, au bout de deux mois de traitement, il n'y a pas d'amélioration, il doit être abandonné.

En 1930, M. avait publié les observations de 36 cas d'asthme traités par la tuberculine qui avaient été améliorés. Ces cas suivis, et revus ont, pour la plupart, récidivé. Les cas qu'il a traités par cette méthode en 1931 et en 1932, s'élevant, y compris les premiers, à 103, sont beaucoup moins encourageants. Cependant les quelques résultats obtenus sont suffisants pour essayer ce traitement par la tuberculine dans les cas où toute autre médication a échoué.

André Plichet.

Himsworth. ***Les troubles temporaires de la vision, symptôme initial du diabète*** (*British medical journal*, n° 3756, 31 Décembre 1932). — Avant l'apparition des symptômes oculaires classiques, la cataracte et la rétinite, il existe dès le début du diabète des troubles temporaires de la réfraction. Duke Elder, en 1925, a rapporté plusieurs cas où la myopie apparaissait quand la glycémie s'élevait et, au contraire, on voyait apparaître une hypermétropie quand le sucre baissait dans le sang. Il attribuait ces phénomènes à un changement de concentration des cristalloïdes dans les milieux liquides de l'œil, qui amènerait des modifications temporaires par osmose dans le cristallin.

Dans 34 cas sur 100, H. a pu retrouver ces troubles transitoires de la réfraction. Ces troubles sont variables suivant les sujets. A l'interrogatoire, on retrouve que ces sujets, souvent porteurs de verres, ont été, à un moment donné, chez l'ophtalmologiste pour demander d'autres verres. Dans d'autres cas, au contraire, la vision s'est subitement améliorée pendant quelque temps. Dans la plupart des cas, c'est la vision de loin qui est troublée. Ces troubles sont plus fréquents chez les jeunes. Ces modifications de la réfraction sont en rapport avec l'hyperglycémie et ne se rencontrent pas dans les autres diabètes, insipide ou rénal.

En présence de jeunes sujets se plaignant de troubles de la vision, il importe de rechercher la glycosurie.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

C. Ungley. ***Anémie pernicieuse consécutive à une gastrectomie et à une splénectomie*** (*The Lancet*, n° 5705, 31 Décembre 1932). — On publie de plus en plus des observations d'anémie pernicieuse consécutive à la gastrectomie. Il s'agit ici d'une femme de 40 ans atteinte de carcinome de l'estomac à qui l'on fit une gastrectomie et une splénectomie également, en raison des adhérences de la rate et du carcinome. L'œsophage fut abouché directement à la première partie du duodénum. On fit en plus une jéjunostomie qui permit de nourrir la malade pendant quelque temps. Au bout de cinq mois, l'examen du sang révéla une anémie pernicieuse. Elle fut enrayée par l'hépatothérapie, mais la malade mourut douze mois après l'opération par obstruction intestinale due à des adhérences. L'autopsie ne montra pas de métastases et en particulier il n'y avait pas de carcinomatose de la moelle des os.

André Plichet.

I. Harris et **R. Mennie.** ***Le problème de la rétention des liquides dans l'œdème cardiaque*** (*The Lancet*, n° 5705, 31 Décembre 1932). — L'eau et le chlorure de sodium ont une influence sur les œdèmes cardiaques. Si on fait ingérer de grandes quantités de sel à un cardiaque, il y a d'abord une augmentation du volume du sang. Le sel passe ensuite dans les tissus, attire les liquides et cause l'œdème. Le volume du sang et la pression osmotique du sang sont alors dans les limites normales. Si la fonction rénale pour le sel est suffisamment bonne, le chlorure de sodium repasse graduellement des tissus dans la circulation et est alors éliminé par les reins. Ainsi, dans l'œdème cardiaque, il y a une forte part rénale et la conclusion pratique est que dans les maladies de cœur, avant même que les œdèmes apparaissent, dès que le taux des urines commence à baisser, il faut diminuer la ration de sel, en accord avec la capacité rénale à l'excrétion.

André Plichet.

J. B. Christopherson. ***Révélation de la physiologie pathologique de l'asthme par le lipiodol*** (*The Lancet*, n° 5706, 7 Janvier 1933). — Le lipiodol injecté dans la trachée permet de voir la perméabilité des bronchioles et de leurs plus petites ramifications dans l'asthme et la bronchite, leur état de constriction ou de dilatation. Sous l'écran, on peut voir le double jeu de l'innervation du poumon : le vague causant la constriction, le sympathique amenant la dilatation des alvéoles. Ce phénomène, du reste, ne peut être visible que dans une partie du poumon, une bronche par exemple. Le lipiodol permet de se rendre compte du degré d'emphysème et aussi des changements de calibre des bronchioles qui, dans l'asthme, aussi bien que dans la bronchite chronique, sont dus à un défaut de solidité du cartilage des bronchioles et à la faiblesse de la paroi musculaire.

André Plichet.

SPITALUL
(Bucarest)

I. Stoia. ***Les résultats obtenus dans le traitement des états septicémiques par les injections de plasma hirudiné*** (*Spitalul*, t. LII, n° 12, Décembre 1932). — S. a essayé le traitement par le plasma hirudiné dans les phlébites et les septicémies, à la suite du travail de Dimitriu et Somnea paru dans *La Presse Médicale*, n° 74, 1931, sous le titre: « Action thérapeutique de l'hirudine dans les phlébites, la septicémie, et dans quelques affections de nature microbiennes ». On fait pendant quatre jours consécutifs une injection par jour avec 1/2-1 cme d'une solution d'adrénaline à 1 pour 1.000 suivie à une heure d'intervalle d'une injection de 0,2 cmc-0,5 cmc de plasma hirudiné.

Dans les cas graves on fait au début un abcès de fixation. Un cmc d'adrénaline provoque souvent chez les septicémiques au cœur asthénique des douleurs précordiales; il est préférable d'en faire 1/2 cmc. Si pendant la septicémie le malade présente des frissons répétés on peut faire deux injections d'adrénaline *pendant* les frissons, suivies de plasma hirudiné. On fait de l'huile camphrée en même temps.

Le plasma hirudiné s'obtient ainsi: on applique une sangsue sur la cuisse d'un individu bien portant. On porte ensuite la sangsue remplie de sang dans une boîte de Pétri stérile, et on la sectionne. Le sang écoulé est recueilli dans un tube en verre, stérilisé, et l'on recueille le plasma, qui est légèrement rosé, par hémolyse partielle. On centrifuge, on tyndalise deux fois à 60° et l'on met en fioles à 1 cmc le *plasma hirudiné*. S. cite plusieurs observations. La première est une typhoïde grave avec myocardite aiguë. Le traitement médical est impuissant. On essaye l'abcès de fixation qui ne prend pas pendant une semaine; après trois injections de plasma hirudiné précédées d'adrénaline, l'abcès se collecte et la malade guérit.

La deuxième observation est une septicémie à staphylocoques aux abcès multiples et avec ostéomyélite du tibia droit; la malade cachectique présente une endo-myocardite aiguë. On pratique un abcès de fixation, plasma hirudiné et adrénaline. L'abcès se forme, la température tombe après l'ouverture de l'abcès, le souffle systolique disparaît à la pointe du cœur, l'état général s'améliore. L'observation III est une métrorragie avec douleurs abdominales, par avortement. On évacue l'utérus et l'on pratique les injections de plasma hirudiné. Après dix jours, la malade est guérie.

Enfin S. cite encore la guérison d'un cas de phlegmon périnéphrétique et d'une infection consécutive à une colpopérinéorraphie.

Somnea et Dimitriu résument ainsi leurs conceptions sur les septicémies et la phlébite qui les ont guidés vers le procédé de l'hirudinisation :

1° L'application de sangsues ou plasma hirudiné produit une inversion de la formule leucocytaire comme dans le choc colloïdoclasique sans en avoir les autres manifestations;

2° L'hirudinisation rompt les faibles blocages du système réticulo-endothélial, provoquant une circulation active des leucocytes;

3° La septicémie se produit par absorption dans le sang de bactéries, pendant le *blocage* du système réticulo-endothélial. La disparition de ce blocage s'obtient par les injections combinées d'adrénaline et plasma hirudiné, qui peuvent guérir la septicémie;

4° La phlébite est due à une septicémie atténuée. L'hirudinisation rompant le blocage prévient la phlébite, ou la guérit dans sa phase initiale, avant que la thrombose soit constituée;

5° L'hirudinisation devrait être pratiquée dans tous les cas d'intervention chirurgicale où la phlébite complique souvent les suites opératoires;

6° Dans les septicémies graves, l'abcès de fixation pour se former a besoin d'un apport très important de leucocytes, qui trouvent la route barrée; l'adrénaline provoque une leucocytose abondante par contraction splénique. Les leucocytes fixeraient les microbes et le plasma hirudiné renverrait dans le système réticulo-endothélial les microbes bactériopexés. L'abcès de fixation se collecte ainsi, même tardivement;

7° Le choc colloïdoclasique agit comme l'hirudine, augmentant les échanges leucocytaires entre le sang et le système réticulo-endothélial. Mais le choc colloïdoclasique présente le désavantage, par les frissons violents, d'affaiblir le myocarde et d'augmenter la dépression par la paralysie du système végétatif. Le plasma hirudiné est donc préférable à la médication de choc;

8° Les injections de sérum physiologique, à petites doses (100-150 gr.), chaque jour augmenteraient la tension dans le système réticulo-endothélial, rompant ainsi le blocage et rendant possible l'action biologique des leucocytes.

Henri Krauter.

A. Janas, A. Valeano et M. Ghimpateano. ***L'influence du climat maritime sur le système nerveux végétatif*** (*Spitalul*, t. LII, n° 12, Décembre 1932). — Dans la plupart des maladies l'équilibre du système végétatif n'existe plus; aux phénomènes morbides dus à la maladie même, s'ajoute l'influence des toxines microbiennes sur le système végétatif. Jovanovitsch, étudiant les rapports de la tuberculose avec le déséquilibre végétatif, a trouvé: 42 pour 100 vagotoniques, 15 pour 100 hypersympathicotoniques, 11 pour 100 amphotoniques, 27 pour 100 hypoamphotoniques; les toxines bacillaires agiraient sur le système nerveux, ou directement ou par l'intermédiaire des glandes endocrines.

J., V. et G. ont étudié l'état du système végétatif dans 60 cas de tuberculose chirurgicale. Ils ont trouvé: 18,2 pour 100, système végétatif normal; 11,6 pour 100, amphotonie; 23,2 pour 100, sympathicotonie; 27 pour 100, hypovagotonie; 20 pour 100, hypoamphotonie. L'héliothérapie aurait l'effet de ramener à la normale le tonus vagal qui est surtout diminué. Le climat maritime agit par ses qualités physiques, chimiques et électriques. J., V. et G. ont employé la méthode de Danielopolu: injections d'atropine et l'épreuve de l'orthostatisme. On a examiné les enfants à leur arrivée au sanatorium et un mois après:

Sur 26 cas, ils ont trouvé avant la cure: le système végétatif normal dans 4 cas; sympathicotonique: 6 cas; hypovagotonique: 9 cas; le sympathique fut normal dans 13 cas; hyposympathicotonie: 7 cas; hypersympathicotonie: 6 cas. Le vague a été trouvé normal dans 10 cas; hypovagotonique: 16 cas.

Après un mois de cure marine on trouva: système végétatif normal: 6 cas. Sympathicotonique: 2 cas. Hyposympathicotonique: 1 cas. Hypovagotonique: 7 cas. Hypoamphotonique: 10 cas.

Le sympathique était normal dans 14 cas. Hyposympathicotonique: 10 cas. Hypersympathicotonique: 2 cas. Le vague était normal dans 9 cas; hypovagotonique: 17 cas.

Il y a donc prédominance d'hyposympathicotonie et d'hypoamphotonie.

Henri Krauter.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

S. Lindgren (Umea). ***Recherches sur les anomalies dépressives de la sécrétion gastrique*** (*Acta medica Scandinavica*, Supplément XLVIII, 1932). — Dans les provinces septentrionales de la Suède, qui ont des habitudes de vie particulières, existe une pathologie digestive assez spéciale (fréquence de l'achylie gastrique, existence d'ulcères en l'absence de HCl libre, colites avec anémie, etc.). L. a effectué une vaste enquête sur ces populations, confrontant les anomalies par défaut de la sécrétion gastrique avec les conditions alimentaires locales et étudiant par comparaison les habitants des régions méridionales.

Comme technique d'examen, L. a surtout employé le simple tubage après repas d'Ewald et le tubage fractionné. Ce dernier lui a permis de voir que l'absence de HCl libre qu'indiquait le prélèvement unique ne signifie pas toujours une perte totale de la sécrétion chlorhydrique. Avec l'épreuve de l'histamine, on arrive parfois à démontrer la possibilité d'une sécrétion chlorhydrique alors que le prélèvement fractionné lui-même se montre négatif. Parmi les cas réfractaires à l'histamine, on trouve encore des sujets dont la muqueuse gastrique est capable d'excréter le rouge neutre, et L. relate des cas où, ces deux épreuves étant négatives, il n'y avait pas néanmoins perte irréparable de la sécrétion chlorhydrique.

L. a constaté que le simple tubage après repas d'Ewald donne une bonne idée du degré d'insuffisance sécrétoire si l'on tient compte de la réaction à la phénolphtaléine et de la teneur en pepsine.

Parmi les 4.500 malades variés examinés à l'hôpital d'Umea, 39 pour 100 ne réagissaient pas au rouge Congo après repas d'Ewald tandis que ce chiffre s'abaissait à 14 pour 100 pour les malades du sud de la Suède. En excluant les cas de cancer, d'anémie pernicieuse où l'achylie est de règle, on arrive à une proportion de 31 pour 100 de sujets ne réagissant pas au Congo. Par ailleurs, chez ceux qui réagissent, on note une hypoacidité habituelle.

Le symptôme le plus fréquent chez les sujets ne réagissant pas au Congo était une sensation de plénitude; assez souvent on trouvait des troubles rappelant ceux qu'on a attribués à l'ulcère (faim douloureuse calmée par l'alimentation), même au cas d'insuffisance sécrétoire grave. Il existait des signes radiologiques d'ulcère gastrique ou duodénal chez 22 malades. La constipation était très habituelle; par contre, la diarrhée fut notée rarement. L'anémie du type secondaire fut souvent constatée, tandis que l'anémie pernicieuse le fut rarement. 34 pour 100 de ces sujets réexaminés ultérieurement présentèrent une réapparition de HCl libre; certains avaient été réfractaires à l'histamine.

Parmi les facteurs de cette insuffisance sécrétoire, il faut incriminer accessoirement la mauvaise dentition, l'habitude de chiquer, et principalement l'alimentation. Les habitants utilisant uniformément le lait et les farines de céréales ne réagissaient pas au Congo dans 55 pour 100 des cas tandis que ce chiffre s'abaissait à 13 pour 100 chez ceux qui avaient un régime mixte et était de 21 pour 100 chez ceux qui mangeaient surtout du porc. A noter que dans un groupe de sujets apparemment bien portants 79 pour 100 qui avaient un régime lacto-farineux presque exclusif ne réagissaient pas au Congo tandis que 12 pour 100 seulement qui avaient une alimentation mixte présentaient cette anomalie. La grande fréquence de cette dernière chez les femmes s'explique par leurs préférences pour le régime lacto-farineux. Le changement de régime fut souvent suivi de la réapparition de HCl libre. La carence en vitamine C semble hors de cause.

L'interprétation la plus plausible du rapport entre le régime lacto-farineux et l'anomalie sécrétoire, c'est que la sécrétion chlorhydrique disparaît par suite de la faible proportion d'aliments nécessitant la présence d'une forte quantité de HCl pour leur digestion. Cet état crée une prédisposition indiscutable au développement de la gastrite.

P.-L. Marie.

TOPHOL

Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4

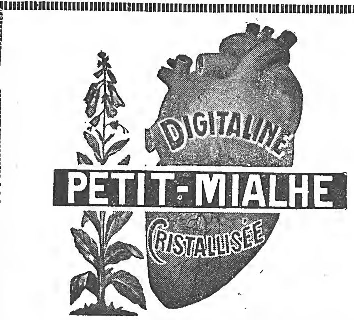
INDICATIONS
Goutte aiguë et chronique - Rhumatisme articulaire aigu - Arthrites fébriles et déformantes - Névralgie (Sciatique, intercostale)-Lumbago.

POSOLOGIE
1 à 8 cachets ou comprimés de 0 gr. 50 par jour.

Littérature et échantillons sur demande au **Laboratoire du TOPHOL**, 3, Rue Condillac, à Grenoble (Isère).



Catalogue et littérature franco sur demande



MARQUE DÉPOSÉE — 8, *Rue Favart, PARIS*

DIGI-MIAL-BAINE

Association de la digitaline Petit-Mialhe
et de l'Ouabaïne X à XXX gouttes par jour.

MIAL BAINE

Oubaïne XXX à CL gouttes par jour.

PILULES — **INSULINE FORNET** — POMMADE

la seule applicable
par la voie digestive

Laboratoires **THAÏDELMO** 23, rue du Caire, PARIS (2e) Tél : Gut 03-45

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Gadrat. ***Le traitement rachidien du tabes par les arsénobenzols*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. IV, n° 1, Janvier 1933). — G. rapporte les résultats obtenus par le traitement intra-rachidien de 8 tabétiques atteints de phénomènes douloureux périphériques ou gastriques et chez lesquels le traitement intensif par le mercure ou les arsénobenzènes était demeuré sans effet.

Ces malades furent soumis à des injections rachidiennes de sulfarsénol à doses variant de 1/2 milligr. à 1 milligr. 1/2 par séance, le médicament étant dissous dans du sérum physiologique; les injections étaient espacées de dix à quinze jours en moyenne et répétées 2 à 5 fois.

Le plus souvent ces injections ont été suivies de douleurs intolérables, ayant parfois nécessité la morphine; une rétention d'urine est survenue dans un cas après la deuxième injection et a duré douze jours.

Dans 2 cas, les douleurs ont radicalement et définitivement disparu un mois et demi après le début du traitement lombaire. Dans 5 autres cas, les malades n'ont eu aucune amélioration et 2 virent leur ataxie s'aggraver. Dans un cas, la troisième injection entraîna une paraplégie totale qui emporta le malade au bout d'un mois.

Cette méthode donne donc des résultats très aléatoires et n'est pas sans danger. Cependant de nombreux auteurs ont signalé des améliorations des douleurs fulgurantes ou gastriques par cette méthode. Kafka considère l'atrophie optique comme une indication formelle du traitement salvarsanique endolombaire.

R. Burnier.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

G. Mouriquand, A. Leulier, P. Sedallian et **Mlle L. Weill** (Lyon). ***Le rachitisme clinique devant les fixateurs du calcium*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 1, Janvier 1933). — M., L., S. et W. ont suivi longuement 34 enfants rachitiques dont 21 garçons et 13 filles, la plupart nettement hypotrophiques, quelques-uns florides. Ils ont étudié sur ces enfants la réaction des divers rachitismes ou ostéopathies rachitiformes en présence des fixateurs du calcium.

L'épreuve de l'hospitalisation a été tentée dans chaque cas pendant quinze jours ou trois semaines avant tout traitement, en plaçant l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques pour apprécier la tendance spontanée à la guérison.

L'*action de l'adrénaline* administrée d'une façon prolongée et à doses élevées n'a pas paru probante.

Comme *fixateurs du calcium vrais*, M., L., S. et W. ont employé le plus anciennement connu, *l'huile de foie de morue*, puis les *stérols irradiés:* zoo et phytostérols, enfin les *rayons ultra-violets*.

De l'avis de Mouriquand et de ses collaborateurs, les rayons ultra-violets et leurs dérivés ont seuls une action réelle et efficace dans le rachitisme. Cette efficacité est prouvée par les résultats rapides et probants qu'ils donnent, même administrés à faibles doses. Les précipitations calciques obtenues sont appréciables en quinze jours à trois semaines.

M., L., S. et W. ont observé parmi les formes hypotrophiques des cas uvio-résistants, c'est-à-dire résistants à l'actinothérapie. Ces formes sont justiciables d'un traitement antisyphilitique.

G. Schreiber.

E. Lesné, Y. Boquien et **P. Guillain** (Paris). ***Le pronostic éloigné de l'érythème noueux*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 1, Janvier 1933). — L. B. et G. publient les résultats d'une enquête qu'ils ont faite sur l'état de 39 sujets atteints d'érythème noueux, observés à l'hôpital Trousseau de 1920 à 1932. Chacun d'eux a fait l'objet d'une enquête étiologique sérieuse. Dans chaque cas une radiographie thoracique a été prise et une cuti-réaction à la tuberculine pratiquée. Les conclusions auxquelles aboutissent L., B. et G. sont les suivantes :

L'érythème noueux paraît bien ne survenir que sur un terrain tuberculeux; mais cette tuberculisation de l'organisme est discrète, soit qu'il s'agisse d'une tuberculose atténuée, soit que le terrain soit particulièrement résistant; une fois franchie la phase aiguë et la période qui la suit immédiatement — *période dangereuse*, — il ne reste qu'une imprégnation minime. Est-ce à dire que le pronostic d'un érythème noueux soit constamment favorable? Non. Il suffit de rappeler les observations de granulie et de méningite tuberculeuse survenant au décours d'un érythème noueux. Toutefois le fait même qu'on n'hésite pas à publier de tels cas prouve qu'ils sont assez rares, et cet autre fait que L., B. et G. n'ont pas vu une complication tuberculeuse grave chez leurs malades montre qu'en général le pronostic classiquement bénin de l'érythème noueux se confirme.

Pourquoi la gravité de l'érythème noueux varie-t-elle d'un sujet à l'autre? Il est plus que probable qu'il y a là une question de terrain; peut-être aussi la surinfection tuberculeuse joue-t-elle un rôle chez ces sujets « en période de sensibilisation », comme le suggérait J. Troisier. La question est actuellement impossible à résoudre, mais, en tout état de cause, il faut aux enfants atteints d'érythème noueux des soins hygiéniques et climatiques indispensables. C'est à cette sanction pratique qu'aboutit l'étude de L., B. et G, et il est fort possible que la règle instituée chez tous leurs malades, de les isoler de leur milieu infectant et de les envoyer passer quelques mois dans un climat favorable, climat marin tempéré ou montagne, ait contribué pour une certaine part à la bénignité des suites de l'affection chez ceux de leurs sujets qu'ils ont pu suivre.

G. Schreiber.

G. Paisseau, P. Tournant et **G.-A. Patey** (Paris). ***Dermatite exfoliative des nourrissons (Maladie de Ritter)*** [*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 2, Février 1933]. — Ritter von Rittershain a décrit en 1878 à Prague sous le nom de dermatite exfoliative des enfants à la mamelle une affection qui a été assez couramment observée à l'étranger, notamment en Europe centrale, mais qui est restée en France d'une extrême rareté. A l'occasion d'un cas typique qu'ils ont observé et de quelques exemples récemment rapportés en France, P., T. et P. rappellent les caractères de cette curieuse affection.

La maladie de Ritter est une variété de pemphigus généralisé qui survient exclusivement chez des nourrissons ou des nouveau-nés. Son étiologie reste indéterminée. Son origine infectieuse, quoique probable, n'est pas démontrée et sa contagiosité est discutée.

La maladie débute par une éruption bulleuse. Son évolution se poursuit, tout au moins dans les formes extensives, par un décollement épidermique spontané sans production bulleuse et les téguments sains présentent le phénomène de l'épidermolyse que traduit le signe de Nikolsky.

Certaines formes peu extensives sont susceptibles de guérison, mais d'autres formes peuvent envahir la presque totalité des téguments et la terminaison est, dans ce cas, rapidement mortelle.

La maladie de Ritter doit être nettement distinguée de la maladie de Leiner-Moussous et rangée dans le groupe des pemphigus, mais elle présente un certain nombre de caractères particuliers qui semblent la différencier du pemphigus épidermique du nourrisson.

G. Schreiber.

JOURNAL DE RADIOLOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

V. Carulla, J. G. Queralto, P. Moragues Gonzalez. ***Le traitement de l'hypertension sanguine par l'excitation radiologique du sinus carotidien*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVI, n° 12, Décembre 1932). — C'est en raison des premiers résultats favorables qu'ils ont observés sur l'influence que l'excitation radiologique du sinus carotidien pouvait avoir sur la pression sanguine des hypertendus que C., Q. et G. publient cette note qui ne comporte pas encore de résultats définitifs mais conclut à une efficacité réelle, à une action physiologique indéniable et à des conséquences thérapeutiques immédiates par une technique très simple.

Certes il ne s'agit pas de la découverte d'une thérapeutique définitive, mais il est presque toujours possible d'amener le malade hypertendu à un seuil plus bas, sinon absolument normal, au moins pratiquement efficace (baisse moyenne de 3 à 6 cm., persistant parfois deux mois après le traitement).

Il semble que cette méthode soit applicable dans toutes sortes d'hypertensions; les recherches continuent d'ailleurs à ce sujet.

Considérations anatomiques et physio-pathologiques sur le sinus carotidien: les auteurs rappellent l'intérêt particulier de la régulation de la pression artérielle-nerveuse involontaire depuis la découverte de la fonction du sinus carotidien (Hering), et la théorie de l'existence d'une voie exclusivement réflexe. Le centre réflexe a une structure double, comportant le sinus carotidien et le glomérule inter-carotidien (que les auteurs étudient en détail); le sinus a un tonus normalement dépresseur et son rôle physiologique a provoqué de nombreuses recherches, souvent contradictoires.

La stimulation directe expérimentale (pression mécanique, traction de la carotide, distension) sur le sinus à découvert a montré qu'il se produit en général un réflexe dépresseur qui peut s'accompagner de divers phénomènes (respiratoires, viscéraux, douloureux, moteurs).

Les auteurs ont poursuivi *l'étude des divers excitants du sinus* chez des malades hypertendus pour des raisons diverses (les sujets normaux n'éprouvant pas de modifications): 1° *mécaniquement* (par friction); ils ont obtenu ainsi des baisses de 5 cm. en moyenne, temporaires; 2° *chimiquement* (par injection sur le sinus d'une solution de camphre et d'éther à 10 pour 100); on constate des phases d'inhibition et d'excitation sans modification appréciable de la tension artérielle; 3° *radiologiquement* (EE = 40 cm.; filtration 0,5 Zn + 2 Al; distance A. C. — Peau 40 cm., champ de 6 cm. de diamètre; dose 40 — 45 « r »). Des doses fortes (110 « r ») provoquent une augmentation de ten-

sion presque constante (sans doute par inhibition de la fonction dépressive), des doses faibles (25 — 30 « r ») une diminution presque immédiate mais transitoire, des doses moyennes (40 — 50 « r ») des résultats optima, et durables, fonction d'ailleurs de la sensibilité personnelle des sujets et de la répétition des doses.

La T. A. baisse aussitôt après l'application et cette baisse se poursuit pendant quatre à cinq heures pour être suivie d'une légère ascension, de telle sorte qu'après vingt-quatre heures la T. A. a été abaissée de 2-3 cm. En répétant l'irradiation à ce moment, on obtient après vingt-quatre heures une baisse de 3 à 4 cm. qui tend à s'accentuer et à durer. Ce n'est qu'avec la plus grande prudence, en cas d'hypertension rebelle, qu'on pourra répéter 1-2 irradiations.

Les auteurs insistent sur l'innocuité absolue du traitement (doses faibles, champs bilatéraux alternés) qui « ouvre un large champ à la thérapeutique, jusqu'à ce jour impuissante dans bien des cas, de l'hypertension artérielle ».

MOREL KAHN.

E. Via. ***L'éventration diaphragmatique*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVI, n° 12, Décembre 1932). — C'est avec une certaine fréquence que, depuis l'ère radiologique, on observe l'éventration diaphragmatique, c'est-à-dire « une disposition particulière du diaphragme dans laquelle on a un soulèvement permanent d'une de ses moitiés, presque toujours la moitié gauche, dû à une aplasie et à une hypotonie des fibres musculaires, d'origine congénitale la plupart du temps ».

Signes cliniques: siège presque toujours à gauche; symptômes objectifs les plus importants et constants: soulèvement de 3 à 4 travers de doigts de la base pulmonaire, réduction du murmure et du frémissement, expansibilité plus ou moins complète du bord inférieur; parfois bruit de succussion (liquide et gaz gastriques); cœur plus ou moins déplacé à droite. Les symptômes subjectifs cardio-respiratoires ou digestifs sont très variés et ne présentent rien de caractéristique.

Exploration radiologique: procédé de choix; soulèvement de l'hémidiaphragme gauche, au repos, de deux à trois côtes; estomac déplacé dans la cavité thoracique (même la région pylorique parfois, donnant un estomac en U.) que l'on devra systématiquement examiner en positions obliques (déplacement en avant de la région pylorique); limite diaphragmatique peu accentuée; mobilité du diaphragme variable; certains auteurs ont décrit lorsqu'on fait effectuer de nombreuses inspirations profondes et rapides une double courbe supérieure qui a suggéré différentes théories.

Diagnostic. Celui-ci se pose essentiellement avec la hernie diaphragmatique résultant de l'existence d'un espace ouvert dans le diaphragme.

Aisé, quand il est possible d'identifier sûrement le diaphragme au-dessus de l'estomac et du côlon, ce diagnostic est dans d'autres cas très difficile et on a proposé, dans ce but, de nombreux symptômes qui n'ont rien de pathognomonique (position très élevée de l'estomac ou du côlon dans le thorax en faveur de la hernie, insufflation de l'estomac avec soulèvement du diaphragme dans la hernie, respiration paradoxale également dans la hernie...) et notamment l'épreuve du repas ou du lavement opaque qui montre s'il existe, ou non, une perforation du diaphragme, comme aussi l'épreuve, non sans risques, du pneumopéritoine (qui, dans la hernie, provoque un pneumothorax) dont l'intérêt réside surtout dans la constatation d'un résultat positif.

L'auteur rapporte 8 observations à l'appui de son étude.

MOREL KAHN.

Streignart. ***Un cas de ladrerie révélé par les rayons X*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVI, n° 12, Décembre 1932). — S. a eu l'occasion d'observer, par hasard, à la radiographie, des cysticerques enkystés et calcifiés, chez un cultivateur, garde-champêtre.

Il s'agissait d'ombres homogènes, longues de 7 à 12 mm., larges de 1-2, l'axe longitudinal correspondant à peu près à la direction des fibres musculaires. Le blessé, qui n'aurait jamais eu de vers, ni troubles cérébraux ou oculaires, ni douleurs dans les membres, s'est refusé à toute biopsie comme à tout examen de laboratoire, et c'est autant en raison de l'aspect caractéristique des lésions qu'en raison du milieu social et du genre de vie du sujet que S. a porté le diagnostic (grand mangeur de porc, usage de légumes produits par lui-même, après emploi de fumier humain pouvant contenir des œufs de ténia). S. rappelle le cycle de la vie du parasite, les modes d'infection chez l'homme, les signes cliniques et localisations les plus fréquentes, enfin l'évolution vers la dégénérescence graisseuse ou calcaire du cysticerque, cette dernière seule pouvant être mise en évidence par les rayons X. MOREL KAHN.

F. Lepennetier et R. Nadal. ***Du diagnostic des taches et particulièrement des ombres calculeuses de la région sous-hépatique*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVII, n° 1, Janvier 1933). — Au point de vue radiologique L. et N. considèrent que font partie de la région sous-hépatique, en raison des organes qui s'y trouvent, tout le flanc et l'hypocondre droits.

L'examen radiologique peut se faire par trois procédés :

1° La *radioscopie* qui, si elle est le procédé le moins fidèle, permet surtout d'étudier la morphologie et, parfois, de déceler de gros calculs riches en calcaire.

2° La *radiographie simple* qui demande une préparation minutieuse du sujet pour éliminer, autant que faire se peut, gaz et matières, qui se fera partiellement à jeun, éventuellement en toutes positions, mais surtout en décubitus ventral et dorsal. Une technique rigoureuse est indispensable et il ne faut pas craindre de prendre de nombreux clichés. On peut, par la radiographie simple, voir : masses hépatique et rénale, certains muscles, le côlon (bulles gazeuses), même éventuellement estomac, duodénum et grêle et anses intestinales reportées à droite (bulles gazeuses).

3° La *radiographie après opacification viscérale*, c'est-à-dire permettant à l'aide d'artifices de préparation de mieux mettre en évidence les organes de cette région. Cette opacification peut porter: a) *sur le foie* (par le thorostrat), procédé encore discutable et non sans danger, qu'un pneumo-péritoine, aujourd'hui délaissé, permettait de bien limiter comme le pneumo-rein également peu utilisé permettait de bien délimiter le rein. b) *Sur le tube digestif* qu'on examinera, soit après insufflation, soit surtout après opacification barytée (par repas ou lavement ou en couche mince pour l'étude des muqueuses) et dont les rapports avec les images suspectes sont particulièrement utiles à étudier. c) *Sur la vésicule biliaire* à l'aide de la cholécystographie, soit par injection intra-veineuse, soit surtout *per os*. d) *Sur l'appareil urinaire* par insufflation, et surtout par opacification, par voie intraveineuse encore sujette à discussions, ou par injection directe (pyélographie rétrograde) qui paraît être en vue du diagnostic des ombres calculeuses le procédé de choix.

La technique à employer variera d'ailleurs avec la clinique qui doit en commander les procédés.

Aspect, forme, siège, volume et *mobilité* de certaines ombres de la région hépatique sont des signes classiques qu'il convient d'étudier, car ils peuvent permettre le diagnostic dans certains cas pathognomoniques; ainsi: a) *calculs vésiculaires:* ictère fréquent; plus petits et plus nets en décubitus ventral que dorsal, parfois uniques de teinte non homogène (calcul en cocarde), souvent multiples (calculs à facettes), généralement situés entre la XIe V.D et la IVe V.L. bien que l'on puisse en voir se projeter même au niveau du bassin, de siège assez antérieur (se projetant en avant du rachis), souvent mobiles dans la vésicule. b) *Calculs des voies biliaires:* peu visibles en général; calculs du cholédoque: peu opaques aux rayons, parfois mûriformes, parfois multiples en chapelet plus ou moins vertical, siégeant en général sans qu'il s'agisse là d'une indication absolue peu en dehors de la ligne médiane entre les X et XIe côtes et la IVe V. L.; calculs du cystique: en général uniques siégeant à la partie supéro-interne de la région lombaire. c) *Calculs rénaux:* s'accompagnent souvent de pyurie; plus petits et plus nets en décubitus dorsal que ventral, de formes très variables, de teinte uniforme et d'opacité assez homogène d'ailleurs très variable avec la composition chimique, se projetant en général sur l'ombre rénale (proches du rachis pour les calculs du bassinet) et se déplaçant avec celle-ci; ils sont plutôt postérieurs (se projetant sur le rachis, de profil, quand le rein est en situation normale). d) *Calculs urétéraux* sans forme propre, en général plutôt allongés. Il faut se rappeler que les lithiases rénale et vésiculaire coexistent souvent.

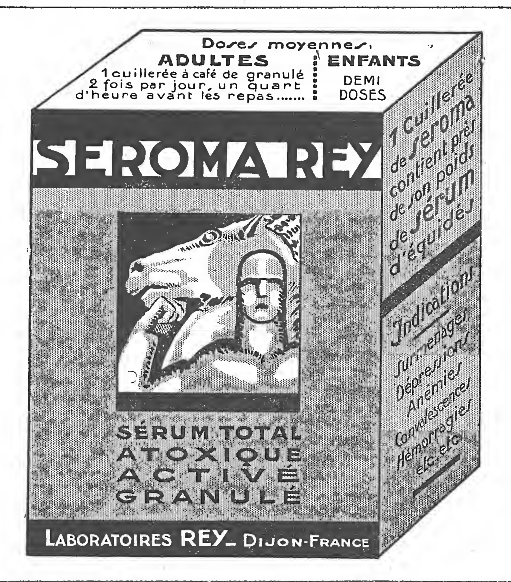
Quelle conduite tenir dans différents cas ?

1° *Il y a des signes cliniques de lithiase biliaire:* faire une radiographie en décubitus ventral: *a*) il y a des images typiques. *b*) Il y a des images non typiques; dans ce dernier cas, recourir à la cholécystographie; celle-ci peut être positive (opacification de la vésicule): tache claire nette, calcul; pas d'image nette, multiplier les positions, les clichés... L'image calculeuse peut être en dehors de la vésicule opacifiée (voies biliaires, foie, à distinguer alors des calcifications des kystes hydatiques, rein, fausses ombres calculeuses...). Si la cholécystographie est négative, répéter l'épreuve avant de conclure; l'image calculeuse peut siéger dans les voies biliaires ou la vésicule. c) Il y a des signes nets de lithiase; la radiographie ne montre pas de calculs; faire une cholécystographie. On peut alors avoir: 1° Opacification nette: pas de calculs. 2° Opacification non homogène: soit petits calculs transparents aux rayons, soit vésicule suspecte sans pouvoir affirmer la lithiase. 3° Pas d'opacification: conclusions très difficiles à tirer. *d*) Penser aux crétifications plus ou moins étendues des parois de la vésicule. *e*) Toujours être très prudent quand on croit avoir affaire à une vésicule visible sans préparation et ne jamais hésiter à rechercher les signes indirects de grosse vésicule (déformations du tractus duodénal) et à recourir à une cholécystographie.

2° *Une ombre sans rapport hépatique présente les caractères des calculs rénaux.* Si ceux-ci sont typiques, on peut affirmer le diagnostic; dans le cas contraire, faire une pyélographie (par voie veineuse ou rétrograde) avec ou sans cathétérisme de l'uretère.

Penser aux calculs des voies accessoires rénales à différencier des calcifications bacillaires ou kystiques.

Les auteurs signalent les principaux diagnostics à éliminer quand l'ombre n'a aucun rapport hépatique, biliaire ou rénal, à savoir: a) *Les calculs pancréatiques*. b) *Les ganglions lymphatiques lombaires calcifiés*. c) *Les crétifications des ganglions mésentériques*. d) *Les corps étrangers du tube digestif*. e) *Les calcifications abdominales rares* (par exemple calcifications partielles des capsules surrénales, calcifications d'œufs de parasites enkystés). f) *Les calcifications squelettiques*. g) *Des calcifications pulmonaires bas situées*. h) *Des images opaques d'origine externe*. MOREL KAHN.


Doses moyennes.
ADULTES
1 cuillerée à café de granulé 2 fois par jour, un quart d'heure avant les repas.......
ENFANTS
DEMI DOSES
SEROMA REY
1 Cuillerée de seroma contient près de son poids de sérum d'équidés
Indications
Surmenages
Dépressions
Anémies
Convalescences
Hémorragies
etc. etc.
SÉRUM TOTAL
ATOXIQUE
ACTIVÉ
GRANULÉ
LABORATOIRES REY - DIJON-FRANCE

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (Paris)

H. Paucot. ***Traumatisme et fécondation; réflexions sur le mode d'action de certains traitements de la stérilité*** (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. XXVII, n° 1 Janvier 1933). — P. rapporte deux observations de femmes stériles, grasses et réglées peu abondamment, chez qui des cahots et des secousses exagérées par randonnée automobile déterminent, hors des dates habituelles, un écoulement sanguin abondant ressemblant à des règles et qui deviennent enceintes aussitôt après. Il signale que, souvent, des femmes réglées peu abondamment deviennent enceintes après une période plus « copieuse » qu'à l'habitude et il rappelle que, pour remédier à la stérilité des juments, on les fait galoper jusqu'à être fourbues avant de les faire couvrir. Il pense que les secousses augmentent la turgescence vasculaire de la trompe et la font mieux s'appliquer sur l'ovaire.

Paucot se demande si divers traitements préconisés contre la stérilité ne doivent pas leur activité à ce qu'ils constituent un traumatisme susceptible de créer une poussée congestive.

HENRI VIGNES.

G. Jeanneney. ***L'hyperthyroïdie de la ménopause*** (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. XXVII, n° 1, Janvier 1933). — J., après avoir rappelé les travaux de quelques auteurs qui ont attribué l'hyperthyroïdie de la ménopause à l'insuffisance ovarienne, se rallie à la pratique qui consiste à traiter les bouffées de chaleur par l'hématoéthyroïdine, par le lugol et par la radiothérapie du corps thyroïde.

HENRI VIGNES.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin, Munich, Vienne)

Gött. ***Le rachitisme cérébral, la démence rachitique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 2, 13 Janvier 1933). — Le terme de rachitisme cérébral employé par Czerny n'englobait pas seulement l'ensemble de manifestations nerveuses cliniques du rachitisme, mais signifiait que les troubles des échanges rachitiques peuvent créer des modifications nerveuses centrales susceptibles de déterminer des signes cliniques nerveux.

Le rachitisme apparaît aujourd'hui comme une affection de tout l'organisme en voie de croissance; cependant nulle preuve n'a été fournie de l'existence de lésions spécifiques du système nerveux. C'est ainsi que la notion de l'hydrocéphalie rachitique est actuellement battue en brèche. Tout au plus a-t-on soupçonné lors de gros crâne rachitique un certain degré d'hypertension intra-cranienne, due à ce que l'hypertrophie des lobes cérébraux serait parfois plus marquée que la distension cranienne.

Les symptômes du rachitisme cérébral consistent surtout en des troubles psychiques. On a voulu y faire également rentrer les sudations excessives de ces enfants.

Mais c'est surtout le retard du développement intellectuel, avec l'agitation ou l'apathie spéciale de ces jeunes sujets, qui constituent ce que Huldchinsky a appelé la « dementia rachitica »: elle débuterait, selon cet auteur, par un stade neurasthénique, passerait par une période d'acmé catatleptique et se terminerait par un état paranoïaque.

Cette nomenclature rapproche l'évolution psychique du rachitique de troubles qui en diffèrent notablement en réalité, et il est préférable de ne pas l'adopter.

G. a examiné 33 rachitiques dont 17 de moins de 6 mois, les autres allant jusqu'à 20 mois; il a systématiquement étudié chez eux les tests de développement des nourrissons.

1/3 d'entre eux présentait du retard d'autant plus accentué que l'affection était plus ancienne, donc l'enfant plus âgé. En éliminant les troubles dus à l'affection squelettique, 12 pour 100 seulement paraissaient retardés psychiquement. Mais les troubles de la parole, de l'imitation, de la mémoire, de la préhension, etc., mis en évidence chez ces sujets, se rencontrent également chez les enfants atteints d'autres affections chroniques de la nutrition, de cystite, etc. Nul signe spécial cérébral ne paraît dévolu au rachitisme. Il semble donc que les troubles psychiques accompagnant le rachitisme ne soient que les manifestations banales et non spécifiques d'une affection chronique immobilisant un nourrisson de façon durable. Ces phénomènes demeurent d'ailleurs transitoires et le retard s'atténue puis disparaît lors de la guérison de la maladie osseuse.

Les 2 termes employés: rachitisme cérébral et démence rachitique sont donc mal adaptés: le premier semble établir une relation directe et spécifique entre le trouble de la nutrition et les manifestations nerveuses, notion qui nous apparaît inexacte; le second, utilisant le mot de démence qui désigne actuellement une désintégration progressive psychique profonde et définitive, est également inadéquat à des troubles légers et transitoires du psychisme infantile.

G. DREYFUS-SÉE.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague, Vienne)

K. Paschkis. ***La malariathérapie de la leucémie*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 26, 24 Juin 1932). — La malariathérapie a été préconisée dans la leucémie par Rosenow. Cet auteur n'en avait observé, à vrai dire, qu'un résultat tout à fait transitoire, dans un cas de leucémie myéloïde chronique, et l'action des maladies infectieuses est généralement considérée comme fâcheuse dans les leucémies, la marche de l'affection se trouvant accélérée, lors même que la formule hématologique et les hyperplasies viscérales ont paru d'abord rétrocéder.

Dans un cas de Hirschfeld, une pneumonie a déterminé la transformation d'une leucémie myéloïde chronique en leucémie aiguë.

L'observation de P. concerne un malade de 48 ans, atteint de leucémie lymphatique; syphilitique de longue date, ce malade, malgré des cures spécifiques répétées, gardait une réaction du liquide céphalo-rachidien, et un traitement malariathérapique fut proposé. La numération des globules blancs donnait 30.000 leucocytes avec 79 pour 100 de lymphocytes et 2 pour 100 de monocytes. S'autorisant de l'opinion de Rosenow, P. laissa pratiquer l'impaludation. Le malade eut 9 frissons du 10 au 26 Février, sans incident notable. Le 26 Février, on notait que la splénomégalie avait légèrement augmenté; on ne comptait plus que 7.900 globules blancs, dont 66,5 pour 100 de lymphocytes, et 4 pour 100 de monocytes. La moitié des lymphocytes étaient des cellules jeunes, immatures. La malaria ayant été coupée par la quinine, les chiffres remontaient, le 5 Mars, à 13.600 leucocytes, avec 73,5 pour 100 de lymphocytes, 3 pour 100 de monocytes, et 0,5 seulement de cellules souches; le 12 Mars, il y avait 24.400 leucocytes, 77 pour 100 de lymphocytes et 1 pour 100 de monocytes.

La malaria avait donc provoqué une réduction de la leucocytose, et même de la lymphocytose, mais aussi une poussée myéloblastique inquiétante, qui avait cédé aussitôt que, les accès ayant été interrompus, la formule lymphocytaire et subleucémique s'était reconstituée.

Cette nouvelle observation n'est donc pas encourageante pour le traitement malariathérapique des leucémies. Elle est le point de départ de discussions pathogéniques sur le rôle de la rate dans la composition du sang circulant.

J. MOUZON.

H. Von Hœsslin. ***Observations sur des jumeaux univitellins*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 26, 24 Juin 1932). — Le point le plus curieux de cette observation, c'est que H. a d'abord été frappé, par hasard, de la similitude de deux radiographies thoraciques, qu'on lui avait montrées. Cette similitude était telle qu'il avait émis l'opinion qu'il devait s'agir de jumeaux univitellins. Or, il s'agissait de deux femmes, dont les noms étaient différents, et qui ne s'étaient pas présentées ensemble à l'examen. L'hypothèse paraissait donc peu vraisemblable. Cependant l'enquête ultérieure prouva qu'elle était exacte.

L'étude des deux sujets est très approfondie. Elle porte sur la morphologie et sur l'examen clinique de tous les appareils, avec radiographies du squelette et des viscères, électrocardiogramme, capillaroscopie, formule hématologique, et étude du psychisme. Elle vérifie, sur la plupart des points, la parfaite similitude des deux sujets.

J. MOUZON.

E. Schilling. ***La sensibilisation du système végétatif par injection intradermique*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 30, 22 Juillet 1932). — S. s'est proposé de comparer l'action d'un certain nombre de solutions, selon qu'elles sont injectées sous la peau ou dans le derme. Les expériences ont porté sur 60 sujets et sur plusieurs centaines d'injections. Les solutions expérimentées étaient de deux sortes: les unes dénuées de toute action spécifique sur le système vago-sympathique (caséosan, solution salée physiologique), les autres, au contraire, douées d'une action spécifique, l'insuline pour l'action vago-stimulante, l'adrénaline pour l'action sympathicotrope.

Il résulte des expériences, dont S. donne le détail, que l'injection intradermique n'exerce, par elle-même, aucune action systématique, ni sur la leucocytose, ni sur la pression artérielle, ni sur la glycémie; elle semble agir comme un excitant amphotrope, qui n'a pas une affinité élective pour le vague, comme l'a soutenu E. F. Müller.

D'autre part, par voie intradermique, l'adrénaline a une action plus énergique sur la tension artérielle que par voie sous-cutanée. La même différence s'observe pour l'action de l'insuline sur la glycémie.

Enfin l'injection intradermique d'un excitant non spécifique renforce l'action d'un excitant spécifique (adrénaline ou insuline), injecté simultanément sous la peau. Il semble que l'injection intradermique ait agi comme sensibilisatrice du système végétatif, tant vagal que sympathique. S. se demande s'il s'agit d'une excitation immédiate des terminaisons nerveuses intradermiques, ou si l'injection dans la peau y détermine la formation de substances analogues à l'histamine, qui exercent une influence sur le système végétatif.

J. MOUZON.

J. Sorgo. ***Pathogénèse et symptomatologie des phénomènes de stase lymphatique dans la paroi thoracique*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 30, 22 Juillet 1932). — Si, en des points exactement symétrique du thorax, on détermine, entre deux doigts, des plis cutanés semblables, on constate que ces plis n'ont presque jamais la même épaisseur, la même consistance ni la même adhé-

rence à droite et à gauche. La même asymétrie s'observe sur la poitrine et sur le dos.

De l'étude de ces asymétries dans les cas normaux et dans les cas pathologiques, S. conclut qu'elles sont liées à une stase lymphatique en rapport avec des lésions de la plèvre pariétale. A des lésions récentes correspond un état d'imbibition de la peau, qui explique l'épaisseur du pli cutané; des lésions plus anciennes déterminent la sclérose, condition de l'induration et de l'adhérence. Ces phénomènes de stase lymphatique atteignent leur maximum d'intensité dans les pachypleurites épaisses. On peut en suivre l'évolution au cours des pleurésies ou pendant le pneumothorax artificiel. Expérimentalement, S. a pu en suivre l'apparition et le développement, chez le chien, à la suite d'un pneumothorax. L'autopsie a montré à la fois l'épaississement pleural et l'infiltration aqueuse du tégument: 39,19 pour 100 d'eau du côté du pneumothorax, 35,47 du côté sain. La différence d'imbibition entre les deux côtés atteint quelquefois 10 pour 100.

Il est probable que la constance à peu près absolue des asymétries chez l'adulte est liée à la présence du chancre d'inoculation tuberculeuse, dont le siège habituellement sous-pleural explique le retentissement lymphatique. En effet la même asymétrie se retrouve chez les enfants à cuti-réaction positive; on peut, au contraire, constater des phénomènes exactement symétriques chez les enfants à cuti-réaction négative. Les constatations nécropsiques confirment généralement aussi cette notion de l'origine pleurale de la stase lymphatique.

Œdème, induration et adhérence s'étendent souvent jusqu'aux téguments du creux sus-claviculaire, de la nuque, et même de la région sous-maxillaire. Dans certains cas de tumeurs ou d'infiltrations de la thyroïde, des ganglions cervicaux, du médiastin, on peut noter des phénomènes de succulence croisés, qui affectent la poitrine d'un côté, et le cou du côté opposé; ces phénomènes acquièrent alors une certaine valeur diagnostique.

La stase lymphatique de la paroi peut intervenir dans les modalités des signes de percussion. Elle peut être le point de départ de phénomènes douloureux, ce qui explique peut-être l'action analgésiante des vésicatoires dans les pleurésies.

S. insiste sur les détails de technique dont il faut tenir compte pour l'observation précise des phénomènes de stase lymphatique cutanée, observation assurément délicate.

J. Mouzon.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT *(Leipzig)*

M. Gundel. ***Microbiologie, immunobiologie et épidémiologie des affections pneumococciques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 3, 21 Janvier 1933). — Après avoir rappelé les caractères du pneumocoque vrai, G. expose que la différenciation des types se fonde sur la sérologie, et que si on est arrivé, *in vitro*, à constater la transformation d'un type dans un autre, par contre, *in vivo*, cette transformation n'a jamais été constatée. Ainsi, dans l'organisme humain, la spécificité d'un type est constante.

A côté des types I, II, III, il y a le groupe X qui a été jusqu'ici subdivisé en 29 types. Ce groupe X a permis à G. de se rendre compte du mode de dissémination du pneumocoque chez les sujets sains et d'apparition des épidémies.

Une immunisation active contre le pneumocoque est possible. On a d'ailleurs pu transmettre facilement une cutiréaction positive à l'égard des polysaccharides spécifiques qui constituent une partie de la capsule du germe. La possibilité de cette immunisation a permis de poser les bases d'une sérothérapie spécifique qui s'est montrée utile, notamment dans la péritonite à pneumocoques. Dans la pneumonie, cette thérapeutique est moins facile à réaliser parce que le malade arrive trop tard et parce qu'il faut encore faire un diagnostic sérologique. G. compte d'ailleurs qu'en Allemagne, il y a par an 15.000 morts par pneumonie lobaire et on peut dire qu'une thérapeutique spécifique pourrait sauver 5.000 existences.

D'une façon générale, les types I et II se retrouvent chez 1 à 4 pour 100 des sujets sains, le type III chez 10 pour 100 et le type X chez 50 à 60 pour 100. Mais, tandis que les types I et II se retrouvent dans au moins 65 à 70 pour 100 des pneumonies, le groupe X ne se rencontre que dans les bronchopneumonies, les bronchites, les conjonctivites, l'ulcus serpens de la cornée et la méningite secondaire.

G. admet que la pneumonie est transmise par aspiration de pneumocoques très virulents provenant d'un malade ou d'un porteur de germes. Mais, en outre, pour que la maladie apparaisse, une disposition est nécessaire. Des mesures particulières peuvent prévenir la dissémination de la maladie.

P.-E. Morhardt.

A. Lauche. ***Résultats des recherches nouvelles sur les pneumocoques et sur les affections à pneumocoques et notamment sur la pneumonie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 3, 21 Janvier 1933). — L. fait remarquer tout d'abord que dans la pneumonie lobaire les lésions varient au fur et à mesure qu'on s'approche de la périphérie: au centre on observe une résolution commençante avec exsudat liquéfié et leucocytes atteints de dégénérescence graisseuse; tout autour existe une zone large particulièrement dense, très riche en leucocytes, qui, à l'état frais, paraît grise et dont les vaisseaux sont presque exsangues; en troisième lieu apparaît une zone assez étroite où les leucocytes sont moins nombreux et dont les vaisseaux sont nettement gorgés de sang; enfin, une zone limitée à la région supérieure du poumon dans laquelle les alvéoles sont distendus par du liquide d'œdème. Il s'agit là de l'engouement, de l'hépatisation rouge et grise et de la résolution ou hépatisation jaune. Ces pneumonies sont à centre unique. Mais il est des pneumonies à foyers multiples qui finissent par donner lieu à une forme confluente. La pneumonie à centre unique présente une courbe de température très caractéristique. Dans tous les cas, il n'y a rien à modifier aux conceptions d'après lesquelles la résolution est due à l'action des leucocytes.

Kauffmann de même que Becker ont étudié au cours de la pneumonie la réactivité telle qu'elle se manifeste dans le liquide d'une vésicule de vésicatoire: ce liquide d'abord fibrineux devient ensuite sérofibrineux et riche en cellules puis finalement purulent. Ces modifications de la réactivité de l'organisme ont une influence décisive sur la forme de la pneumonie.

Les pneumocoques du type I à III sont en général plus fortement pathogènes que ceux du groupe X. De plus, les pneumocoques virulents possèdent une capsule de polysaccharides qui les protège. En outre, dans l'enfance, le mésenchyme n'est pas aussi capable que chez l'adulte de produire des anticorps. Enfin, une infection par pneumocoques laisse derrière elle une immunité qui disparaît lentement.

Une infection par les pneumocoques survenant d'une façon précoce chez un enfant à allergie normale donne lieu à une pneumonie à foyers multiples primitive ou secondaire. Mais dans la pneumonie lobaire, la vivacité de la réaction est telle qu'il faut la considérer comme hyperergique, c'est-à-dire comme résultant d'une sensibilisation préalable par un germe. Cette réaction détermine une exsudation excessive qui permet au germe de se multiplier sans que la formation des anticorps soit parallèle. A ce point de vue, la pneumonie à foyer confluent occuperait une situation intermédiaire entre la pneumonie lobaire et la pneumonie à foyers multiples. Dans la pneumonie septique ou dans la septicémie à pneumocoque, l'organisme ne présenterait aucune résistance.

Parmi les facteurs qui interviennent pour favoriser la pneumonie figurent le refroidissement et l'alcool ainsi que le traumatisme dont l'action, d'après G., ne peut pas être contestée. L'évolution de l'infection à pneumocoques dans les organes autres que les poumons est encore très mal connue.

P.-E. Morhardt.

St. Engel. ***Résultats des nouvelles recherches sur le pneumocoque et les maladies à pneumocoques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 3, 21 Janvier 1933). — L'étude radioscopique des pneumonies a fourni des renseignements intéresssants. Elle a d'abord montré que dans la plupart des cas, cette affection débute visiblement comme une infiltration péri-hilaire qui diffère de celle que provoque la tuberculose simplement par sa grande rapidité d'évolution. Cette infiltration n'est donc pas l'essentiel de la maladie. D'un autre côté, les rayons Rœntgen ont permis de diagnostiquer même des pneumonies petites ou très petites qui échappaient autrefois à l'examen. On peut donc actuellement étudier, sur des fondements sûrs, la répartition de la maladie suivant l'âge. La pneumonie n'apparaît qu'à partir du quatrième ou du cinquième mois. Son maximum de fréquence survient au cours de la seconde année. Cette courbe est d'ailleurs tout à fait analogue à celle que présente la méningite tuberculeuse. Le fait que les tout jeunes nourrissons sont épargnés doit être rapproché de ce qu'à cet âge, beaucoup d'infections (rougeole, scarlatine, diphtérie) ne s'observent pas à cause de la transmission héréditaire des anticorps ou pour d'autres raisons.

L'étude de la répartition de la pneumonie suivant les saisons montre que cette maladie n'est pas fréquente en hiver comme on le croyait, mais surtout au printemps et au début de l'été. Elle diminue nettement en Septembre. Cette répartition montre que la signification allergisante des infections catarrhales respiratoires n'intervient pas. D'après E., ces considérations suppriment quelques-uns des fondements de la théorie de Lauche. E. arrive ainsi à conclure que pour expliquer la pathogénèse de la pneumonie, il faut faire appel plus à une particularité du jeune enfant, qu'à l'exposition à l'infection. Ces considérations sont confirmées par le fait que le groupe X donne lieu chez l'enfant à une pneumonie lobulaire alors que d'ordinaire elle ne provoque que des infections catarrhales.

P.-E. Morhardt.

Karl Julius Anselmino et **Friedrich Hoffmann.** ***Préparation, propriétés et constitution d'une substance antithyroïdienne protectrice dans le sang et dans les tissus*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 3, 21 Janvier 1933). — Le fait que la consommation d'oxygène du fœtus soit beaucoup plus faible que celle de la mère a amené A. et H. à considérer que dans le jeune organisme, il existe un mécanisme protecteur à l'égard des influences hormonales. Pour rechercher l'existence de ce mécanisme, on a injecté à des rats 0,028 milligr. de thyroxine et étudié les modifications du métabolisme qui surviennent dans ces conditions. Il a été ainsi constaté que ces injections augmentent le métabolisme de 25 à 35 pour 100 et que des injections préalables d'un extrait de sérum du sang du cordon empêchent d'apparaître cette élévation du métabolisme. C'est effectivement avec le sang fœtal que les résultats sont le plus nets : un extrait de 15 cmc de sérum suffit, en effet, pour empêcher les effets de cette dose de thyroxine. Le sang d'adulte est moins actif. Il faut 18 à 20 cmc. En

cas de maladie de Basedow le sérum est encore moins actif. Avec 18 cmc, l'augmentation du métabolisme s'observe encore. Le sang de gestante n'est actif qu'à la dose de 30 cmc. Pour les animaux, c'est le sang de porc qui possède les effets les plus énergiques. Parmi les autres tissus figurent la moelle osseuse qui est particulièrement riche puis l'ovaire et les autres organes.

Cette substance protectrice possède également le pouvoir d'empêcher, d'une façon appréciable, la diminution du glycogène du foie provoquée par l'administration de thyroxine. De même, elle empêche les corps acétoniques d'augmenter comme ils le font d'ordinaire sous l'influence de cette hormone. Chez les animaux normaux, cette substance protectrice augmente le glycogène du foie et diminue nettement les corps acétoniques du sang.

Chez les animaux traités par l'hormone hypophysaire thyrotrope, on observe une augmentation du métabolisme et une diminution du glycogène du foie, phénomènes qui sont prévenus par la substance antithyroïdienne du sang.

Les préparations du commerce examinées, contenant du sérum de sang d'animaux à qui la thyroïde a été enlevée, se sont montrées, d'après A. et H., beaucoup moins actives que les extraits préparés par les procédés indiqués.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Schmidt. ***Oligurie par tumeur cérébrale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 3, 21 Janvier 1933). — Les recherches faites par S. dans la littérature lui ont montré que l'oligurie figure parmi les symptômes les plus fréquents obervés en cas de tumeur cérébrale. Il a d'ailleurs observé un cas de tumeur du lobe pariétal confirmé par l'autopsie chez lequel, avant l'intervention, la densité de l'urine s'élevait à 1.030 et le volume à 3/4 de litre par jour. L'épreuve de diurèse ne fait produire que 200 cmc d'urine en quatre heures. Après la trépanation, la quantité d'urine s'élève à 2 ou 3 litres par jour et l'épreuve de diurèse devient normale.

Pour expliquer ces phénomènes, il faut penser à un trouble des échanges aqueux d'origine mésocéphale-hypophysaire déclanché par l'augmentation de la pression. Il est probable que cette oligurie s'observe également en cas d'abcès et d'hydrocéphalie. Mais cependant, on n'observe pas fréquemment d'œdème en pareil cas.

Jusqu'ici, il n'a pas été possible à S. de modifier cette oligurie par l'atropine ou par la thyroïde. De plus, il y a lieu de rechercher, chez tous les malades atteints d'oligodypsie, l'existence d'une altération mésocéphale-hypophysaire.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV FUR KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Ade T. Milhorat. ***Le traitement de la dystrophie musculaire progressive et des affections*** *sches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXIV, ***musculaires analogues par le glycocolle*** (*Deut*-n° 5, 12 Janvier 1933). — Chez des enfants sains, il n'a pas été observé de modifications de l'excrétion de créatine et de créatinine sous l'influence de phosphate et de glycocolle. Dans 14 cas de dystrophie musculaire progressive, par contre, l'excrétion de créatine a été régulièrement augmentée par le glycocolle et surtout par le glycocolle additionné de phosphate. Mais la créatinurie revient peu à peu à son chiffre initial sans cependant l'atteindre toujours. Dans deux cas, l'excrétion de la créatinine a augmenté de 150 milligr.

Chez deux enfants au tonus musculaire défectueux, on a déterminé également, par administration de glycocolle, une augmentation de l'excrétion de créatine. Par contre, dans les atrophies musculaires secondaires, la créatinurie n'augmente pas sous l'influence de glycocolle. Ce corps peut donc aider au diagnostic différentiel entre les myopathies primitives et les dégénérescences secondaires.

Dans un cas d'amyotonie congénitale et d'atonie musculaire chez un enfant, l'état s'est amélioré sous l'influence de l'administration de glycocolle. Il en a été de même en cas de dystrophie musculaire progressive. Ce médicament a augmenté les forces dans la mesure où les muscles n'étaient pas encore complètement atrophiés.

Un examen histologique chez 3 malades atteints de dystrophie musculaire traités avec le glycocolle a montré des fibres ou tout à fait atrophiques ou presque tout à fait normales. Il semblerait donc qu'avec le glycocolle, on réalise une thérapeutique causale.

P.-E. Morhardt.

A. Krumeich. ***Examen clinique des effets des médicaments sur l'hypertension*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXIV, n° 5, 12 Janvier 1933). — K. expose d'abord les conceptions de Martini sur la méthode qui doit être employée pour mettre clairement en évidence les effets thérapeutiques des médicaments. Il remarque à ce sujet qu'en cas d'hypertension, par exemple, on obtient une courbe dont la direction générale varie comme la pression. En comparant la direction générale de ces courbes avant et après le début du traitement par un médicament hypotenseur, on peut arriver à déterminer l'angle d'inclinaison de chacun de ces deux segments de courbe avec la verticale et rapporter mathématiquement la tendance spontanée à la guérison à la tendance créée par le médicament.

Parmi les médicaments hypotenseurs expérimentés par K., figure le pacyl. Ce médicament a été employé dans 12 cas d'hypertension sans lésions rénales et dans 10 cas avec lésions rénales. Dans le premier groupe, la courbe montre plutôt une tendance à se redresser après le début. Dans le second groupe, elle s'abaisse plutôt plus vite qu'au début. Mais dans les deux groupes, les différences sont trop faibles pour être significatives. Au point de vue des troubles subjectifs, les résultats ont été également nuls. Avec le télatutène, des observations analogues ont été faites chez 18 malades dont 8 avec et 10 sans lésions rénales. Dans l'un comme dans l'autre groupe, les différences dans la direction générale de la courbe ont été nulles ou sans signification. En outre, dans 6 cas, il y a eu modification des symptômes subjectifs, 3 fois dans un sens favorable et 3 fois dans un sens défavorable.

Avec la padutine qui a été administrée en injections sous-cutanées ou en injections intramusculaires, les effets sur la pression ont été également nuls. Les symptômes subjectifs sur les 10 hypertendus présentant des lésions rénales ont permis de constater 2 fois une amélioration qui a cessé quand la thérapeutique a cessé. Chez tous les autres malades, les symptômes subjectifs ont persisté sans modification. Enfin, il a été utilisé un médicament, N. R. 243, extrait de l'écorce des reins qui n'a pas eu d'action non plus sur la pression sanguine. Les symptômes subjectifs ont été améliorés une fois chez un sujet qui n'avait pas de lésions rénales et 2 fois chez des sujets qui en avaient.

P.-E. Morhardt.

G. Bodechtel. ***Altérations cérébrales dans les diverses formes d'urémie en tenant compte de la pathogénèse*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXIV, n° 5, 12 Janvier 1933). — Dans ce travail, B. s'occupe surtout des lésions histologiques mais non pas des lésions macroscopiques telles que les hémorragies ou les ramollissements. Après un exposé critique des conceptions actuellement défendues, B. donne une série d'observations accompagnées de coupes du cerveau.

Ces diverses observations ont été classées d'après la conception de Volhard, en 3 groupes : l'urémie vraie, la pseudo-urémie éclamptique et la pseudo-urémie chronique.

Dans le premier groupe, B. fait figurer un malade de 17 ans sans hypertension ni hypertrophie cardiaque ni rétinite angiospastique. Il a été constaté, dans ce cas, des proliférations de la glia qui peuvent être considérées comme les effets d'une intoxication sévère par désintégration des albumines sous l'influence de l'acidose et par la rétention. Dans ce cas, il ne semble pas y avoir eu d'infection et les facteurs vasculaires qui existent dans les deux autres formes ne se sont pas rencontrés dans ce cas qui se distinguait d'ailleurs de ce qui s'observe dans les deux autre groupes d'urémie par l'extension et la sévérité marquées des foyers de la glia.

Dans les groupes de la pseudo-urémie éclamptique et de la pseudo-urémie chronique, il a été constaté des altérations du cortex conditionnées par des facteurs vasculaires (foyers de ramollissement) comme il s'en observe après les embolies aériennes et dans les intoxications par l'oxyde de carbone.

Comme exemple de pseudo-urémie éclamptique, B donne l'observation d'un jeune homme entré avec des symptômes de néphrite aiguë et d'œdème sévère qui présenta des accès éclamptiques avec obnubilation, pression artérielle atteignant 200 mm. et azote résiduel assez peu augmenté au début. Dans le cerveau, on trouva de nombreux foyers arrondis les uns récents (ischémie) et les autres accompagnés d'une réaction gliale considérable (ramollissement).

Enfin, le groupe des pseudo-urémies chroniques est caractérisé également par une origine vasculaire des lésions telles qu'elles ont été observées notamment chez un malade de 49 ans mort de sclérose rénale secondaire et qui avait présenté, à plusieurs reprises, des troubles passagers de la conscience avec une pression allant de 190 à 200 mm. Entre ces divers types, il existe naturellement tous les intermédiaires. D'ailleurs, dans les pseudo-urémies chroniques, dues à une insuffisance rénale, on trouve également des foyers de la glia qui doivent être considérés comme toxiques. Les altérations du nerf optique n'ont été observées que sous forme de dégénérescence secondaire consécutive à une rétinite typique angiospastique.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

N. Henning. ***La gastrite consécutive aux opérations sur l'estomac*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LIV, n° 3, 21 Janvier 1933). — Les troubles consécutifs aux opérations sur l'estomac sont loin d'être rares et Morawitz distinguait dernièrement un type à douleurs épigastriques diffuses, un type d'allure ulcéreuse, un type d'allure sténosante, un type diarrhéique et un type anémique. La cause de ces troubles demeure encore fort obscure. On a invoqué les adhérences, la périgastrite, le reflux de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac, des spasmes au niveau de l'anastomose.

H., qui a examiné 80 malades de ce genre au moyen des méthodes les plus perfectionnées, et, en particulier, de la gastroscopie, a pu mettre en évidence chez eux des lésions de gastrite. Il en décrit trois formes : forme hypertrophique avec tendance à la formation de mamelons ou d'élevures verruqueuses, sans rapports avec la qualité de la sécrétion gastrique; forme catarrhale, accompagnée

d'une tuméfaction énorme de la muqueuse; forme atrophique diffuse avec achylie.

Pour H., c'est à la gastrite qu'il faut rapporter les troubles très polymorphes observés après les interventions gastriques. Cette gastrite représenterait, soit la persistance de la gastrite contemporaine de l'ulcère, soit la résultante des conditions antiphysiologiques qui succèdent à l'opération. Il insiste sur la présence d'une flore intestinale abondante dans l'estomac.

Une nouvelle intervention chirurgicale est contre-indiquée dans ces cas très ingrats à traiter. Le régime le plus favorable est, en général, celui qui est en usage dans l'ulcère. H. recommande les lavages d'estomac qu'on pratiquera avec des liquides astringents (nitrate d'argent à 0,5 ou 1 pour 1000, tanin) dans la gastrite hypertrophique, avec des solutions alcalines ou de l'eau oxygénée diluée dans la gastrite catarrhale. Dans l'achylie, on donnera de la pepsine et de l'acide chlorhydrique. Les compresses humides chaudes, jointes à l'atropine, rendent des services dans les cas où il y a de l'hyperkinésie. Enfin, le tubage jéjunal est précieux dans les cas graves. Le succès couronne assez rarement la thérapeutique; il est probable que ses résultats seront meilleurs quand on connaîtra mieux la pathogénie de ces états morbides.

P.-L. Marie.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG (Leipzig et Dresde)

F. Kachelries. *La pression artérielle chez les sujets de 50 à 70 ans* (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXV, n° 2, 15 Janvier 1933). — Dans le but d'établir la valeur de la pression normale à partir de la cinquantième année, K. a examiné 2.527 sujets, en excluant ceux qui avaient eu jadis des néphrites aiguës et ceux qui étaient atteints d'affections valvulaires et en ne choisissant que les individus ayant un poids normal par rapport à la taille. K. a employé la méthode auscultatoire de Korotkow. Il ne s'est pas contenté de déterminer la valeur moyenne de la pression, mais il a tenu compte de l'indice de variabilité, calculé d'après la formule de Johannsen.

Les résultats montrent que normalemnet la pression augmente avec l'âge. K. donne comme valeurs moyennes chez l'homme 123-69 de 50 à 55 ans; 125-71 de 56 à 60 ans; 130-71 de 61 à 65 ans; 141-79 de 66 à 70 ans. Les valeurs correspondantes chez la femme sont de 124-74; 132-77; 140-74. De plus, l'étendue de l'indice de variabilité tend à diminuer tant chez l'homme que chez la femme.

Dans toutes les affections gastriques, la pression est notablement plus basse que normalement, mais l'indice de variabilité est plus grand.

Dans les affections cardiaques prises en bloc, on constate que la pression s'abaisse avec l'âge au-dessous de son niveau initial, puis le rejoint à nouveau au cours des années, et même le dépasse.

Dans la bronchite chronique, dans l'emphysème et dans la tuberculose pulmonaire quelle que soit sa forme et son stade, la pression présente avec l'âge une ascension par bonds caractéristique.

P.-L. Marie.

ENDOKRINOLOGIE (Leipzig)

Hanni Aeschlimann. *L'emploi de la phagocytose dans le diagnostic des affections thyroïdiennes* (*Endokrinologie*, t. XII, n° 2, Février 1933). — A. a étudié la phagocytose dans le sang complet de sujets présentant une affection thyroïdienne. Pour cela, il a mélangé du sang citraté à une suspension d'amidon et soumis le tout à l'étuve pendant dix minutes. Il a cherché ensuite la proportion pour 100 des leucocytes qui ont phagocyté des grains d'amidon. Il a été remarqué tout d'abord que l'adjonction de quantités croissantes de citrate de soude au sang diminue progressivement la phagocytose qui cesse quand cette proportion atteint 18 pour 100. D'autre part, la phagocytose est assez constante chez un même sujet. Mais les valeurs normales chez les différents sujets vont de 14 à 40 pour 100. En cas d'infection, les chiffres ont été parfois élevés (1 cas de tuberculose sur 3, 1 cas d'empyème pleural sur 2, etc.).

En cas d'hypothyroïdie, on a trouvé des chiffres analogues à ceux des sujets sains avec augmentation cependant dans deux cas où il y avait complications infectieuses (pleurite, bronchite). Chez 14 goitreux, entrés à l'hôpital, en vue de strumectomie, on a trouvé 12 fois des chiffres normaux et 2 fois des chiffres augmentés qui sont redevenus normaux après l'intervention.

En cas de maladie de Basedow, les chiffres ont été 10 fois normaux et 4 fois augmentés. L'intervention augmente, en général, la phagocytose, davantage si l'intervention porte sur la thyroïde que si elle porte sur une autre région. Cette augmentation post-opératoire est particulièrement marquée et prolongée en cas de Basedow.

L'administration de thyroxine chez un sujet thyroïdien a augmenté la phagocytose. La solution de lugol a eu le même effet en cas de maladie de Basedow. Il ne semble donc pas que cette méthode ait une valeur diagnostique en cas de maladie de la thyroïde.

P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Bode. *Les réactions cutanées atypiques aux piqûres de moustiques (culiculose bulleuse)* [*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 1, 7 Janvier 1933]. — Siemens, en Hollande, Genner, au Danemark, ont rapporté des cas de dermatite bulleuse non encore décrite, et caractérisée par un petit nombre d'éléments bulleux arrondis, pouvant atteindre la grosseur d'une noix et contenant un liquide d'abord séreux, puis purulent; les bulles sont entourées d'une zone marginale érythémateuse insignifiante. Le prurit est nul ou modéré. Les éléments bulleux atteignent leurs dimen ions définitives très rapidement, en vingt-quatre heures; ils siègent habituellement sur les parties découvertes, sur les jambes en particulier et apparaissent surtout pendant les mois d'été.

B. rapporte les deux premiers cas observés en Allemagne de cette dermatose bulleuse qu'il a observée chez 2 sœurs de 17 et 21 ans, qui, depuis trois ans, en été, présentaient sur les jambes des lésions bulleuses, ainsi que de nombreuses piqûres de moustiques aux mains et aux jambes.

C'est en effet aux piqûres de moustiques que les auteurs, qui ont observé cette affection bulleuse estivale, attribuent les lésions.

Pour confirmer cette hypothèse, B. a broyé dans du sérum physiologique quelques têtes de *Culex pipiens* et fait aux 2 sœurs une intradermo-réaction sur la cuisse. Au bout d'une demi-heure a paru une papule urticarienne large de 5 mm. et très prurigineuse, qui s'agrandit rapidement en vingt-quatre heures et s'accompagna d'une vésicule contenant un liquide séreux.

A noter que la même intradermo-réaction ne donna chez une malade témoin qu'une petite papule urticarienne qui disparut complètement en quarante-huit heures.

Il faut donc un état allergique particulier de la peau pour déterminer une lésion bulleuse après une piqûre de moustique.

R. Burnier.

Bender. *Un cas de dermatomyosite* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 1, 7 Janvier 1933). — B. a observé un cas intéressant de dermatomyosite chez un homme de 55 ans, se plaignant de douleurs musculaires avec gonflement en divers points du corps (genou, cou-de-pied, coude, poignet); on notait des infiltrats plus ou moins bien limités dans les muscles, tantôt disparaissant rapidement, tantôt durant plusieurs jours, et toujours très douloureux.

La peau montre souvent un érythème simple, ou bien des infiltrations nettement limitées, parfois des vésicules à contenu purulent ou hémorragique. Il peut exister de la fièvre durant des semaines. Les leucocytes sont souvent diminués. La tolérance au saccharose est augmentée (300 gr. sans déterminer de glycosurie au lieu de 100 gr.).

Le diagnostic de la dermatomyosite se pose avec la trichinose, mais l'absence de trichines dans les muscles, et d'éosinophilie sanguine, font éliminer ce diagnostic.

Comme facteurs étiologiques de la dermatomyosite, on a signalé les refroidissements, le rhumatisme, les infections banales et toutes les maladies infectieuses: rougeole, blennorragie, grippe, tuberculose, affections gastro-intestinales. On a signalé des associations avec des affections nerveuses (dermato-neuromyosite), avec la sclérodermie, la polynévrite, la leucémie.

Pour B., la dermatomyosite n'est pas une maladie autonome, mais un syndrome dont l'origine, l'évolution et la signification sont variables suivant les cas.

R. Burnier.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Scherf. *Hyperglycémie et glycosurie dans la thrombose coronarienne* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 3, 20 Janvier 1933). — S. a observé en l'espace de huit mois 9 cas d'oblitération coronarienne aiguë: dans 6 de ces 9 cas, il a constaté l'existence passagère soit d'une hyperglycémie et d'une glycosurie associées (4 cas), soit de l'un ou l'autre de ces symptômes (2 cas). Si l'on parvient à éliminer l'hypothèse d'un diabète méconnu jusque-là, élimination parfois difficile et que permet seulement la rétrocession rapide des symptômes en question, on conçoit la valeur de ces troubles du métabolisme des hydrocarbones dans le diagnostic d'une affection aussi polymorphe que la thrombose coronarienne.

Cette hyperglycémie et cette glycosurie transitoires ne peuvent être considérées comme la simple conséquence de l'intensité de la douleur et du shock: elles ont été, en effet, observées chez des sujets non shockés, avec tension artérielle encore élevée, et aussi chez un malade qui avait fait un infarctus du myocarde sans phénomènes douloureux. Parmi les nombreux facteurs susceptibles de déclencher ces troubles, S. attribue un rôle important aux variations de la tension artérielle.

G. Basch.

Mossböck. *Traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne par le chlore* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 3, 20 Janvier 1933). — Grâce à un appareillage assez simple, M. fait pénétrer pendant un laps de temps de dix à vingt secondes, dans le conduit auditif externe, des émanations de chlore naissant. Ce gaz pénètre dans l'oreille moyenne par la perforation du tympan, constante dans les suppurations chroniques, et y est maintenu pendant cinq minutes par l'obturation de l'orifice auditif externe. M. a traité et guéri de nombreux malades par cette méthode; il attribue ses succès à l'action bactéricide puissante du chlore, et à sa forme gazeuse,

qui assure une diffusion parfaite dans les moindres diverticules de l'oreille moyenne. Le patient doit être préservé de toute inhalation de gaz par l'application d'un tampon imbibé d'une solution de soude devant le nez et la bouche.

G. Basch.

Sucher. ***Action de l'extrait parathyroïdien sur l'ulcère de jambe, et sur la pyorrhée alvéolo-dentaire*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 4, 27 Janvier 1933). — Dans 4 cas d'ulcères de jambes rebelles, S. a essayé les applications locales d'extrait parathyroïdien et obtenu des améliorations d'autant plus importantes qu'il s'agissait de cas plus récents. Dans la pyorrhée, l'extrait parathyroïdien, employé de la même façon, a fait disparaître les manifestations inflammatoires et la douleur. Il est resté sans action sur la résorption alvéolaire.

G. Basch.

THE BRITISH JOURNAL of SURGERY (Londres)

Henry Cohen (Liverpool). ***Association de tumeur parathyroïde et d'ostéite fibreuse généralisée*** (*The British journal of Surgery*, t. XX, n° 79, Janvier 1933). — C. apporte une contribution personnelle à la théorie de Hunter suivant laquelle il faut voir dans la maladie de Recklinghausen une manifestation de l'hyperthyroïdisme.

Il a opéré, pour ostéite fibreuse généralisée, une femme de 48 ans chez laquelle il pratiqua l'ablation de la parathyroïde droite inférieure. Aucune manifestation de tétanie ne suivit l'intervention, mais celle-ci amena une profonde modification du métabolisme du calcium. L'hypercalcémie disparut rapidement et, trois mois après l'opération, des radiographies permettaient de mettre en évidence une recalcification nette du squelette.

Jacques Leveuf.

R. C. Elmslie, F. R. Fraser, T. P. Dunthill, R. M. Vick, C. F. Harris et **J. A. Dauphinée** (Londres). ***Le diagnostic et le traitement de l'ostéite fibreuse généralisée avec hyperparathyroïdisme*** (*The British journal of Surgery*, t. XX, n° 79, Janvier 1933). — E., F., D., V., H. et D. présentent trois nouveaux cas d'association d'hyperparathyroïdisme et de maladie de Recklinghausen.

Ils insistent sur la difficulté fréquente de trouver les parathyroïdes lors de l'intervention, même lorsque les signes cliniques soulignent leur rôle avec évidence.

Dans aucun des trois cas publiés, la glande n'occupait une situation normale.

Dans le premier, elle était cachée dans le pôle inférieur du lobe gauche du corps thyroïde où elle simulait un adénome.

Chez le second malade, elle était accolée à la carotide droite au niveau du tiers moyen du lobe droit du corps thyroïde.

Enfin, chez le troisième malade, elle fut découverte derrière la carotide gauche couchée sur les muscles prévertébraux.

Dans 2 cas sur 3, l'ablation fut suivie de crises de tétanie qui vinrent confirmer l'examen histologique.

Le diagnostic d'ostéite fibreuse généralisée comporte comme éléments essentiels : la raréfaction généralisée du tissu osseux, avec aires plus accusées en forme de kystes, les fractures spontanées, des douleurs dans les membres et la faiblesse musculaire.

Il est à noter que dans deux cas il existait des calculs rénaux. Dans les 3, il y avait une exagération manifeste de l'élimination urinaire du calcium. Après l'ablation des parathyroïdes, la calcémie disparut rapidement. L'état général s'améliora d'une manière frappante, la densité des os s'accrut et il ne se produisit plus de fractures spontanées.

Jacques Leveuf.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Obermayer. ***Eczéma dû à une hypersensibilité au caoutchouc*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 1, Janvier 1933). — O. rapporte l'observation d'un médecin qui fut atteint d'eczéma vésiculeux à la suite de l'emploi de gants ou de condoms en caoutchouc.

O. chercha à préciser quel était l'agent nocif pour la peau. Il put éliminer le caoutchouc brut, et les substances chimiques employées pour le préparer.

Il arriva à cette conclusion que l'agent nocif se trouve parmi les substances employées pendant la vulcanisation du caoutchouc, et parmi ces substances seul le chlorure de soufre C^2S^2 donna un résultat positif ; toutes les substances qui ne contenaient pas C^2S^2 donnèrent un résultat négatif.

O. essaya alors de neutraliser l'action irritante de cette substance par les alcalis. En traitant les gants de caoutchouc avec une solution à 4 pour 100 d'hydroxyde de sodium, l'action irritante des gants disparut et le médecin put employer des gants ainsi traités sans avoir d'eczéma.

R. Burnier.

Mac Bryde et **Thompson.** ***Méningite et dermatite causée par une nouvelle variété de blastomycète*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 1, Janvier 1933). — Un homme de 28 ans avait eu en 1930 une dermatite blastomycétique de l'avant-bras et du poignet gauche. Le 8 Décembre 1931, il entra à l'hôpital avec des signes de méningite (céphalée, signe de Kernig) et il mourut dans le coma quarante-six jours après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouva une blastomycose pulmonaire et méningée.

Le champignon put être cultivé en partant des lésions cutanées et de l'exsudat méningé. On le rencontra également dans le liquide céphalo-rachidien pendant la vie et il put être cultivé dans ce liquide céphalo-rachidien, l'urine et le sang.

Il s'agit d'un *Endomyces capsulatus, var. isabellus* (n. sp.) ; il est pathogène pour la souris, le lapin et le cobaye.

R. Burnier.

Gammel et **Moritz.** ***Monosporose expérimentale*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 1, Janvier 1933). — *Monosporium* (appelé encore *Scedosporium*, *Aleurisma*) *apiospermum* est un champignon qui a été trouvé dans certaines mycoses à type pied de Madura en Italie, au Brésil, à Alger, au Paraguay et aux Etats-Unis.

Des cultures de *Monosporium apiospermum*, obtenues dans 2 cas de pieds de Madura de l'Amérique du Nord, furent injectées dans l'articulation des genoux du lapin ; une arthrite aiguë, puis chronique se développa avec altération de la synovie, du cartilage de l'os et des tissus périarticulaires, production d'abcès et de granulomes dans lesquels on put trouver des spores et des hyphes.

Une arthrite semblable put être produite chez le lapin par l'injection d'*Actinomyces astéroïdes;* seul l'examen du champignon trouvé dans les tissus put permettre la différenciation.

Ces expériences établissent l'action pathogène de *Monosporium apiospermum*.

R. Burnier.

HÆMATOLOGICA (Pavie)

Schaumann et **Introzzi.** ***L'étiologie et les altérations des organes hématopoïétiques du lupus érythémateux aigu*** (*Haematologica*, t. XII, n° 7, 1932). — Dans cet article, illustré de nombreuses planches en couleur, S. et I. rapportent 4 observations de lupus érythémateux aigu. Dans les 3 qui purent être examinés *post mortem*, ils ont constaté des lésions dans les ganglions lymphatiques, les amygdales, la rate et la moelle osseuse ; dans le quatrième cas, le ganglion épitrochléen, seul organe lymphatique qui put être examiné, était également atteint. Chez 2 malades, on trouva dans le sang un bacille non acido-résistant, représentant sans doute une forme du microorganisme de la tuberculose.

S. et I. estiment que le lupus érythémateux aigu n'est pas un processus exclusivement cutané, mais doit être considéré comme un phénomène d'une maladie systématisée de nature tuberculeuse, pouvant se manifester par la présence du bacille dans le sang et dont il existe des localisations, sinon toujours macroscopiques, du moins microscopiques dans l'appareil hématopoïétique ; ces localisations présentent tantôt la forme de la tuberculose classique, tantôt celle d'un tissu granulomateux non folliculaire, pouvant ressembler au tissu de la granulomatose maligne.

R. Burnier.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Varsovie)

S. Lesniowski. ***Névrite hypertrophique progressive chez le père et le fils (type Hoffmann)*** [*Polska Gazeta Lekarska*, t. XI, n° 39, 25 Septembre 1932]. — L. rapporte les observations de deux cas de névrite hypertrophique progressive survenus dans la même famille chez le père âgé de 52 ans et chez l'un des fils âgé de 10 ans. Cette affection évolue chez le père depuis dix-huit ans et présente des caractères spéciaux notamment l'existence de troubles trophiques des membres inférieurs qui, en raison de leur importance, se sont placés au premier plan du tableau clinique et sont allés jusqu'à la perte d'un orteil. Ces troubles, qui ne sont expliqués par aucun signe objectif du côté circulatoire, ont dû être attribués au système nerveux.

Dans la discussion de l'observation, L. soutient l'opinion de Bielschowski et se range à sa proposition de l'abandon du terme névrite hypertrophique progressive pour l'adoption de celui de « neuromatose péri-tubulaire généralisée ».

Fribourg-Blanc.

S. Malczynski. ***De l'influence des rayons infra-rouges sur le taux de cholestérol du sang*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XI, n° 42, 16 Octobre 1932). — Comme suite aux expériences faites au sujet de l'influence exercée par les rayons ultra-violets sur la cholestérine du sang (*Pol. gaz. Lek.*, n° 40, 1928), M. recherche sur le sang des chiens l'influence exercée par les rayons infra-rouges. Il se sert de la lampe « Rosultra ». Le dosage du cholestérol est fait par la méthode Funk-Authenrieth.

1° Les irradiations intensives ne paraissent point influencer le niveau du cholestérol du sang.

2° Les irradiations prolongées, s'étendant sur une période de dix-sept semaines, démontrent que les rayons infra-rouges ne restent pas sans influence sur le taux de cholestérol du sang. Mais leur action n'est pas immédiate. Les irradiations prolongées avec les rayons infra-rouges agissent non seulement sur la peau de l'animal, mais elles

ont également une action plus profonde. Elles déterminent d'une façon constante, bien que transitoire, l'augmentation du niveau du cholestérol dans le sang.

Ces variations enregistrées sur des graphiques donnent des courbes caractéristiques où l'on voit le niveau du cholestérol après une élévation passagère descendre même au-dessous du taux normal pour revenir ensuite au point initial.

Fribourg-Blanc.

ROMANIA MÉDICALE (Bucarest)

Gh. Marinesco. ***Traitement de la stérilité chez l'homme*** (*Romania Medicala*, t. XI, n° 3, 1er Février 1933). — Les causes de la stérilité chez l'homme peuvent être d'origine variée : 1° Causes qui empêchent la sécrétion du testicule.

2° Causes qui détruisent ou diminuent la vitalité du spermatozoïde; enfin, causes qui empêchent l'excrétion des testicules.

1° Les causes produisant l'absence de sécrétion proviennent : de l'absence congénitale, ectopie, atrophie, traumatisme ou tumeur testiculaire. Dans ces cas, le traitement est nul.

2° Les causes, qui diminuent ou détruisent la vitalité du spermatozoïde, sont de nature toxique ou infectieuse.

L'infection gonococcique avec ses localisations est la plus fréquente; viennent ensuite l'infection banale à entérocoque, colibacille, staphylocoque, etc. Le traitement de la stérilité consiste alors dans le traitement de la maladie causale. Au traitement classique, de la gonococcie chez l'homme, on a ajouté récemment : *a*) les lavages des canaux éjaculateurs et des vésicules séminales après le cathétérisme des canaux éjaculateurs et *b*) le lavage rétrograde des vésicules séminales après vasotomie préalable, méthode préconisée par Belfield, de Chicago. On emploie le collargol à 5 pour 100, 10 à 15 cmc.

3° Les causes, qui empêchent l'excrétion testiculaire, sont des affections congénitales (épispadias, hypospadias, phimosis congénital, sténoses). Mais les causes les plus fréquentes sont les sténoses inflammatoires; c'est l'épididymite double gonococcique qui est la cause la plus fréquente; puis arrive la sténose du canal déférent (région scrotale); ensuite, la sténose des canaux éjaculateurs et enfin la sténose du canal déférent dans sa portion pelvienne. Les moyens qu'on possède pour supprimer les obstacles et les rendre perméables sont préventifs et curatifs.

Moyens préventifs : vasotomie avec lavage du déférent, des vésicules séminales, et des canaux éjaculateurs en sens rétrograde suivant la méthode de Belfield; le cathétérisme des canaux éjaculateurs; l'épididymotomie, réduite à une simple ponction par Ernst. Les moyens curatifs sont : *a*) le cathétérisme des canaux éjaculateurs; *b*) l'opération de Belfield; c) la vaso-épididymotomie (l'opération de Martin), très employée en Amérique, et la vaso-orchidostomie qui en est une variante.

Les statistiques opératoires varient entre 5 pour 100; 30 pour 100 de succès; les tentatives sont intéressantes; elles peuvent guérir des infections chroniques et agir favorablement sur des malades dont le psychisme est atteint.

Henri Krauter.

Al. Obregia. ***La cyclophrénie*** (*Romania Medicala*, t. XI, n° 3, 1er Février 1933). — O. a observé plusieurs cas de manie aiguë ou de mélancolie pure ayant donné un accès unique, pendant la vie. Il propose de conserver les groupes manie ou mélancolie vraies.

A côté de ces cas, il y a un grand nombre de cas psychopathiques qui reviennent périodiquement, cas qui ne peuvent pas être classés dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive de Kraepelin. Ce sont des syndromes du type paranoïa, confusion mentale, catatonie, obsession; l'auteur propose de modifier ce cadre et sous le nom de *cyclophrénie* le sous-diviser en cyclophrénie mélancolique, maniacale, maniaco-dépressive, paranoïde, obsessive, catatonique.

Henri Krauter.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

A. Lichtenstein (Stockholm). ***De l'agranulocytose type Schultze (Granulocytopénie maligne)*** [*Acta medica Scandinavica*, Suppl. XLIX, 1932]. — Cette monographie de 136 pages est basée sur l'étude de 27 cas personnels concernant 24 femmes et seulement 3 hommes, ces derniers étant exceptionnellement atteints. Ces malades étaient âgés de 20 à 81 ans, le maximum de fréquence se rencontrant autour de la 30e année. L'agranulocytose pure de Schultze, la seule qu'envisage L., est inconnue chez l'enfant. La maladie se voit surtout pendant les mois d'hiver.

Les symptômes observés par L. ne s'écartent pas de ceux décrits jusqu'ici. Nosologiquement, L. rejette de son étude les cas qui, en dehors de la granulocytopénie, présentent également des signes d'anémie grave et de thrombopénie ou de diathèse hémorragique et s'en tient aux faits de granulocytopénie primitive.

A signaler que la sédimentation des hématies s'est toujours montrée très accélérée. Les hémocultures sont restées stériles dans 13 cas; dans 4 cas elles ont donné un streptocoque hémolytique, dans 2 cas du tétragène, dans 1 cas du staphylocoque. Leur résultat est donc très variable, comme dans les cas déjà publiés, et il semble bien s'agir de la pénétration secondaire de bactéries dans le sang.

L'étude anatomo-pathologique confirme les descriptions antérieures.

Le pronostic semble un peu moins sombre qu'on ne le dit, mais il faut se méfier des récidives tardives. L. souligne l'importance pronostique du chiffre des monocytes; l'évolution serait relativement favorable quand leur nombre depuis le début ne tombe pas au-dessous de 100 à 200 par millimètre cube. Une réaction monocytaire à la suite du traitement radiothérapique est, d'autre part, de bon augure, même en présence d'une granulopénie extrême.

A propos du diagnostic, L. insiste sur les difficultés qu'offrent les formes aleucémiques de la leucémie aiguë.

Thérapeutiquement, L. a surtout appliqué la radiothérapie profonde des os longs à doses très faibles, et avec des résultats assez encourageants, puisque chez 5 patients il a obtenu une amélioration simultanée de la formule sanguine et de l'état général, et dans 3 cas une guérison qui semble durable. Il estime que si l'on peut traiter les malades à temps et que s'il n'y a pas de septicémie primitive ou secondaire, on a quelques chances de succès.

Les recherches expérimentales de L. faites avec divers streptocoques, des staphylocoques et des pyocyaniques montrent que l'injection de fortes doses de ces bactéries détermine souvent une leucopénie très prononcée rapidement mortelle, le nombre des microbes étant plus important que leur virulence.

Quant à la nature de l'affection, L., après avoir discuté les diverses opinions soutenues et souligné que le symptôme agranulocytose peut avoir des causes très variées, tend à se rattacher à la thèse qui fait de l'agranulocytose type Schultze une entité pathologique spéciale. Il s'appuie en particulier sur l'accumulation des cas de cette maladie qui a été notée dans ces dernières années en certains pays (Suède, Allemagne, Etats-Unis). L'appellation de granulocytopénie maligne lui semble la plus convenable.

P.-L. Marie.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

August Meyer. ***La fréquence de l'avitaminose B dans les conditions bâloises*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXII, n° 53, 31 Décembre 1932). — M. a déjà publié 3 cas de pellagre autochtone observés à Bâle (voir *La Presse Médicale*, du 18 Juillet 1932). Il a eu l'occasion d'en observer un nouveau cas : une femme de 43 ans apparemment cachectique; l'appétit est mauvais; la perte de poids au cours des deux derniers mois se serait élevée à 10 ou 15 kilogr. Jusqu'à son mariage survenu, il y a trois ans, elle buvait beaucoup de vin. Ses réactions psychiques sont lentes, sa peau est sèche et on pense au myxœdème. Les gencives sont gonflées et rouges. la langue est remarquablement lisse. La sensibilité superficielle des extrémités inférieures est nettement diminuée. Dans le sang, l'index colorimétrique est 1,3.

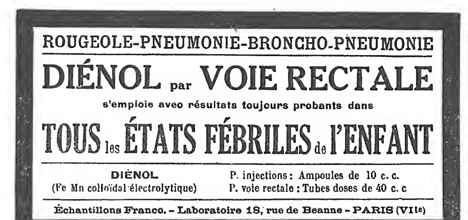
Au cours de son séjour à l'hôpital, on constate que la malade s'agite surtout pendant la nuit et qu'elle présente des troubles de l'attention, un peu comme dans la psychose de Korsakoff. A partir du douzième jour, on constate l'apparition, sur les mains, d'une rougeur puis d'une desquamation de lambeaux de peau gris brun, qui permettent de faire le diagnostic de pellagre.

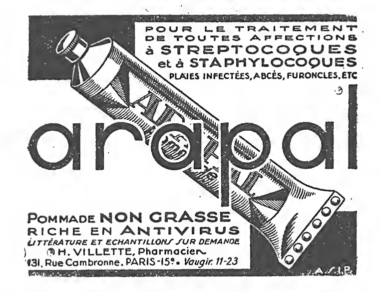
La théorie maïdique de la pellagre est d'ailleurs abandonnée. Avec Goldberger, on admet que l'absence de vitamine B^2 est la cause déterminante. Dans cette maladie, on observe surtout de la myélite funiculaire tandis que dans le béribéri, il survient de la polynévrite aiguë, de l'œdème et de l'insuffisance cardiaque. Mais la polynévrite s'accompagne souvent de myélite funiculaire et dans l'anémie pernicieuse on a observé, à côté de myélite, une dégénérescence des nerfs périphériques. Enfin, en cas d'alcoolisme grave, il y a souvent une sous-alimentation quantitative et qualitative capable de faire apparaître les symptômes classiques de la pellagre. Il y a donc lieu de rapprocher la polynévrite alcoolique du béribéri surtout quand elle s'accompagne d'insuffisance circulatoire et de la pellagre.

Dans certains cas de myélite funiculaire, on remarque des troubles gastro-intestinaux : diarrhée, constipation comme dans les polynévrites entérotoxiques décrites par von Noorden. Dans des états de ce genre, on observe également des myélites funiculaires et M. remarque que dans l'ensemble, ces malades se nourrissent d'une façon uniforme. Cette uniformité dans l'alimentation peut être due également à des questions financières ou encore psychiques. C'est ainsi qu'il a été observé par Bloch un cas de pellagre chez un végétarien abstinent. Dans ce cas, il est possible qu'une insuffisance d'albumine soit en cause, car les besoins de vitamine B augmentent avec la consommation d'hydrates de carbone.

La polynévrite par avitaminose peut appartenir au type moteur-atrophique ou encore au type ataxique. Parfois encore, il survient une hypertonie musculaire du type strié avec tremblement, parkinsonisme, etc. Dans ce dernier cas, le diagnostic avec une tumeur cérébrale est souvent fort difficile.

P.-E. Morhardt.


ROUGEOLE-PNEUMONIE-BRONCHO-PNEUMONIE
DIÉNOL par VOIE RECTALE
s'emploie avec résultats toujours probants dans
TOUS les ÉTATS FÉBRILES de l'ENFANT
DIÉNOL
(Fe Mn colloïdal électrolytique)
P. injections : Ampoules de 10 c. c.
P. voie rectale : Tubes doses de 40 c. c
Échantillons Franco. - Laboratoire 18, rue de Beaune - PARIS (VIIe)


POUR LE TRAITEMENT DE TOUTES AFFECTIONS à STREPTOCOQUES et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
31, Rue Cambronne. PARIS-15e. Vaugir. 11-23


CHOLÉCYSTITES
LITHIASES BILIAIRES
et toutes variétés de
PYÉLO-NÉPHRITES :
CAPARLEM
HUILE de HAARLEM VÉRITABLE, en capsules gélatinisées à 0 g. 15
(du Junipérus oxycedrus)
Posologie : 1 à 2 capsules au milieu des deux principaux repas, quinze jours par mois.
Laboratoire LORRAIN de Produits Synthétiques purs
A. DESMOIRES, Docteur en Pharmacie, ETAIN (Meuse)


Laboratoires GALLINA, 4, rue Candolle — PARIS (Ve)
Téléph. : Diderot 10-24
Adr. télégr. : Iodhemol, Paris.
IODHÉMA : TOUS RHUMATISMES CHRONIQUES
Ampoules (Voies veineuse et musculaire)
Flacons (Voie gastrique).
IODISATION INTENSIVE
(Communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris du 21 Juin 1923.)
BACILLOSE
Extraviscérale : IODENTÉROL Gouttes par voie buccale
Viscérale : Lipoïdes des Galli Résistants Ampoules (Voie musculaire) HUILE GALLINA


Digestive
L'eau de SAINT-GALMIER, Source Badoit, renferme du gaz carbonique naturel qui exerce sur toute la paroi stomacale son action mécanique, à la fois tonique et sédative. L'action bienfaisante de ses bicarbonates de soude, de chaux et de magnésie est d'autant plus active que ceux-ci se présentent sous leur forme naturelle.
L'eau de la Source Badoit n'est pas seulement une délicieuse eau de table : c'est une eau éminemment digestive.
SOURCE BADOIT
SAINT GALMIER BADOIT
source de santé
PUBL. ELVINGER


PILULES
INSULINE FORNET
la seule applicable par la voie digestive
POMMADE
Laboratoires THAÏDELMO 23, rue du Caire, PARIS (2e) Tél : Gut 03-45

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

G. Etienne (Nancy). ***Sur les localisations bulbaires et bulbo-protubérantielles de la maladie de Heine-Médin chez l'adulte. La preuve de leur nature par la sérothérapie spécifique*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIII, n° 1, Janvier 1933). — A plusieurs observations antérieurement publiées par lui, E. ajoute celle d'une robuste paysanne de 20 ans, chez laquelle une poliomyélite de forme ascendante aboutit le sixième jour aux accidents bulbo-protubérantiels, caractérisés, par ordre d'extension, par des troubles de la phonation, une paralysie faciale à type nucléaire, du strabisme, de la dysphagie, avec quintes de toux bulbaire, et avec quadriplégie totale. La sérothérapie intervient à ce moment, le onzième jour, à 18 heures, par 100 cmc de sérum antipoliomyélitique de Pettit, sérum de cheval, intrarachidien, intramusculaire et sous-cutané. Les accidents s'aggravent encore. Le douzième jour, à 12 heures, blocage respiratoire, dyspnée continue, angoisse respiratoire, cyanose violette, asphyxie; tachycardie incomptable, parole inintelligible, état préagonique. A ce moment, 100 cmc de sérum de singe de Pettit sont injectés par les trois voies. A 15 h., amélioration nette de l'état général; à 17 heures, transformation: la malade calme, à respiration facile, sans cyanose; parole nettement articulée; la motricité est revenue aux membres supérieurs, les bras peuvent s'élever à la verticale et s'y maintenir; réapparition de quelques mouvements des membres inférieurs.

La sérothérapie spécifique a fait la preuve de la nature poliomyélitique de ce cas à type de paralysie ascendante de Landry, s'ajoutant à la preuve anatomo-pathologique fournie par Lermitte, Pagniez et Plichet.

Dans des cas de cette gravité, il convient d'employer des grosses doses massives et soutenues de sérums à activité renforcée. E. conseille un traitement d'assaut avec des doses initiales de 100 cmc de sérum de singe, en injections intra-rachidiennes, intra-musculaires et sous-cutanées, appuyées ensuite par le sérum de cheval.

L. Rivet.

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

J. Hutinel, R. Kourilsky et E. Nicolas. ***Les abcès du poumon chez l'enfant*** (*Le Bulletin Médical*, t. XLVI, n° 53, 31 Décembre 1932). — La suppuration localisée avec tendance à se limiter par une zone d'engouement périphérique ou même par une véritable coque qui constitue l'abcès doit être distinguée de la nécrose; cependant entre abcès et gangrène, il est souvent impossible d'établir une distinction absolue.

En général, la première phase est celle d'une pneumopathie aiguë; seule la radiographie permet un diagnostic précoce. L'évacuation par vomique peut être précoce, elle est totale ou partielle et laisse une excavation plus ou moins importante, elle constitue la deuxième phase. Pour les abcès simples, la guérison est la règle chez les enfants et il semble qu'on puisse attendre plus de deux mois la rétrocession spontanée. Pour les abcès putrides, si la guérison spontanée est possible, en général, l'affection tend à évoluer vers la suppuration chronique diffuse.

Le diagnostic, avec toutes les suppurations pleurales enkystées ou bronchiques, est parfois très difficile; la ponction peut ne pas être inoffensive, l'exploration lipiodolée ne donne qu'un signe négatif; l'apparition, au cours d'un état bronchopneumonique aigu ou subaigu, d'une vomique et l'image radiologique sont les meilleurs éléments.

La fréquence de la guérison spontanée commande la prudence thérapeutique; les injections stimulantes ou désinfectantes, la vaccinothérapie ont leurs indications; l'aspiration bronchoscopique et surtout l'extraction bronchoscopique du corps étranger causal sont indiquées dans les abcès par corps étrangers intra-bronchiques. Lorsque la guérison tarde trop, la pneumotomie en 2 temps sous anesthésie locale est indiquée.

Robert Clément.

R. Liège. ***La méningite tuberculeuse serait-elle curable ?*** (*Le Bulletin Médical*, t. XLV, n° 53, 31 Décembre 1932). — Von Bokay a traité par de fortes doses de radiothérapie profonde 17 cas de méningites tuberculeuses. Pour 12 malades, le traitement est resté sans effet, 5, dit-il, ont guéri, Il s'agissait d'enfants entre 3 et 6 ans, présentant une méningite dont la nature tuberculeuse est prouvée par la présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien et pour 3 d'entre elles l'inoculation au cobaye, positive. Dans 2 cas seulement, la guérison date d'environ six mois; dans les autres, le recul est encore insuffisant et le terme de guérison apparaît un peu téméraire.

Jousset et Périsson, qui avaient publié 3 observations de « guérison ou rémission exceptionnelle de méningite tuberculeuse traitée par l'allergine » chez l'adulte, ont appris le décès de 2 de ces malades. La guérison du troisième remonte à plus de quatre ans. Depuis, Jousset a observé 11 cas nouveaux de guérison par l'allergine, ce qui, sur un ensemble de 180 observations, donne un pourcentage de 7 pour 100.

En présence de ces résultats, devant la gravité du pronostic de la méningite tuberculeuse, il ne faut pas hésiter à essayer l'une ou l'autre méthode et peut-être les combiner. Il n'y a rien à perdre et peut-être quelque chose à gagner.

Robert Clément.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

A. Gosset, I. Bertrand et J. Patel. ***Le traitement des embolies artérielles des membres (Etude critique).*** [*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 1, Janvier 1933]. — Tout d'abord quatre vérités: toute embolie périphérique est la complication d'une affection cardio-vasculaire; s'arrête de préférence dans les zones dangereuses des bifurcations artérielles et à l'origine des collatérales; détermine des altérations pariétales de l'artère et grandit sur place; une fois installée, provoque des accidents généralement graves.

Le traitement est seul étudié. Le conservateur, comprenant l'écrasement du caillot et son expression vers la périphérie, ou l'amputation, est éliminé. Restent l'artériotomie permettant l'embolectomie et, toute différente, la résection du segment oblitéré, l'artériectomie.

L'artériotomie, l'embolectomie s'expliquent d'elles-mêmes. L'opération doit se faire en imbibant tout le champ opératoire d'une solution de citrate de soude à 2 pour 100; les manœuvres doivent être douces, la section médiane et franche, la suture à la soie la plus fine ne doit comprendre que la paroi de l'artère dépouillée de son adventice. Les résultats parfaits, immédiats et définitifs, sont rares, les résultats incertains sont plus nombreux et parfois améliorés par une intervention secondaire libérant l'artère comprimée ou resserrée; les résultats mauvais sont les plus fréquents.

La récidive, par constitution d'un caillot au niveau même de l'artériotomie initiale, attribuée à une coagulation ascendante rétrograde, aux lésions de la couche endothéliale par le caillot primitif, est, pour les auteurs, avant tout, la conséquence des défauts de la suture artérielle.

L'artériectomie ou résection du segment artériel oblitéré, faite en 1931, d'une façon systématique par Grégoire puis par Jouve, a un principe tout différent. Elle veut supprimer le retentissement vaso-constricteur périphérique des altérations de la couche nerveuse de l'adventice, irritée par l'artérite du vaisseau thrombosé et en voie d'oblitération. La vaso-dilatation, qui la suit, porte sur les facteurs essentiels du rétablissement de la circulation que sont les anastomoses artériolaires, en majeure partie intra-musculaires, décrites par Porta (1845). Les objections sont que l'action du sympathique n'est pas tout, que dans les cas signalés il s'agissait d'artères faciles, et que les résections expérimentales d'artères plus dangereuses ne réussissent que parce qu'elles sont faites sur des animaux aux artères saines. Chez l'homme malade, chez des animaux aux artères lésées par l'ancienneté de l'embolus, les résultats ne sont plus les mêmes.

En conclusion, il faut intervenir et chaque méthode a ses indications. L'artériotomie convient à la bifurcation aortique, à l'iliaque externe, à tout carrefour vasculaire important. Elle sera exploratrice pour ne pas réséquer d'emblée une fémorale superficielle libre, alors que le thrombus oblitère la fémorale profonde; elle convient enfin, en général, à la période de début.

L'artériectomie s'impose dans les cas anciens, ou après échec de l'embolectomie. Elle est de mise lorsqu'il faut aller vite, lorsque la paroi artérielle est très altérée, lorsque les conditions de la suture, qui doit être parfaite, seraient mauvaises.

P. Grisel.

H. Mondor et P. Porcher. ***Examens radiologiques d'urgence des péritonites par perforation du tube digestif*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 1, Janvier 1933). — Nous avons à signaler plus qu'à analyser le mémoire de M. et P., basé sur l'étude de 20 cas personnels, dont il faut voir les radiographies et lire les observations, d'ulcère perforé, de perforation typhique ou tuberculeuse, de perforation traumatique.

Si urgente que soit l'intervention chirurgicale dans les cas de perforation évidente, il y a intérêt cependant à ce que l'organisation des services de chirurgie permette un examen précieux par ses renseignements et qui ne doit demander que quelques minutes. Dans les cas obscurs, les signes de certitude qu'il apporte suppriment les hésitations de la période de temporisation.

Par la mise en évidence de la bulle d'air du pneumopéritoine, cette radiologie d'urgence est supérieure à la percussion pour localiser dans l'intestin ou en dehors de lui la cause de la sonorité préhépatique.

La bulle d'air, quelle que soit la position, verticale, latérale droite, latérale gauche, ou même de Trendelenburg, donnée au malade, vient toujours séparer le viscère sous-jacent du point le plus élevé de la paroi abdominale. Dans la position type, verticale, elle apparaît sur la radiographie soit à droite, soit à gauche, soit des deux côtés à la fois, sous forme d'un croissant clair limité en haut par la mince ligne courbe du diaphragme et, en bas, par la voussure sombre du foie à droite, et, à gauche, par les saillies claires elles aussi de la

poche gastrique ou de l'angle colique, ou par la saillie sombre de la rate. Lorsque la perforation a donné lieu à un épanchement, on peut voir le niveau supérieur du liquide couper d'une barre sombre horizontale la corne costale du croissant sousphrénique droit. Dans le décubitus latéral gauche, la bulle claire vient nettement séparer le foie de la paroi costale.

L'examen radioscopique préalable a montré, qu'au moins dans les examens précoces, le diaphragme n'était pas, comme on l'a dit, immobilisé.

La recherche, parfois tentée à l'aide de liquides effervescents ou de bouillie barytée, de la perforation cause du pneumopéritoine, est déconseillée. Enfin, si l'épreuve, qui a été ainsi sans danger, est négative, les signes cliniques positifs gardent toute leur valeur et entraînent l'intervention immédiate.

P. Grisel.

P. Mocquot. ***L'intervention chirurgicale dans certains ictères par rétention sans obstacle. Influence du drainage biliaire externe sur les fonctions hépatiques*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 2, Février 1933). — M., en 1929, dans un rapport à la Société de Chirurgie sur une observation de R.-C. Monod, a déjà indiqué l'influence heureuse de la cholécystostomie sur certains ictères du type dit « par rétention », mais en réalité dus à un trouble primitif des fonctions de la cellule hépatique, sans obstacle sur les voies biliaires. Il apporte deux nouvelles observations confirmatives et en cite quelques autres de Fiessinger et Toupet, de Petit-Dutaillis, de Umber, de Kappis et Fulde, de Jacquelin et Chêne, de Chabrol, Brocq et Porin.

Le diagnostic préopératoire de ces ictères sans obstacle intra-ou extra-canaliculaire est difficile; l'amaigrissement, le résultat négatif des radiographies le permettraient peut-être. Il est surtout fait au début même de l'intervention, par l'exploration négative des voies biliaires et de la tête du pancréas, et a pour conclusion la cholécystostomie.

Le foie dans ces hépatites ictérigènes est augmenté de volume, de coloration lie de vin. L'examen d'un fragment, prélevé au cours de l'intervention par Chabrol, Brocq et Porin, n'a cependant pas donné la preuve de l'origine cellulaire de l'ictère, et ces auteurs sont revenus à la conception mécanique. Leur malade, comme les autres, a bénéficié du drainage biliaire externe.

Ce drainage n'agit pas par action anti-microbienne, car dans les deux observations de M. la bile vésiculaire ponctionnée fut reconnue stérile. M. cite, sans l'admettre, l'explication donnée par Petit-Dutaillis de la suppression par la fistule biliaire d'un cercle vicieux constitué par la résorption intestinale d'une bile toxique sécrétée par le foie malade. Lui-même n'apporte pas d'explication pathogénique, mais seulement le résultat de l'examen des différents aspects et qualités de cette bile recueillie pendant toute la durée du drainage. Dans les premiers jours, on voit couler une bile épaisse, foncée, puis la couleur se modifie, la bile devient plus fluide, verdâtre, enfin elle devient tout à fait claire, limpide, jaune. L'analyse a montré que, contrairement aux apparences, la bile claire, qui s'écoule au bout d'un certain temps, contient plus de matériaux solides que la bile épaisse et noire des premiers jours. La différence porte surtout sur les matières organiques, les cendres ne varient guère. Cette « bile noire » du début est donc une bile pauvre, la bile claire et fluide qui vient ensuite est une bile riche en substances extractives, dont la présence indique la reprise de l'activité cellulaire hépatique favorisée par le drainage vésiculaire.

P. Grisel.

D. Danielopolu et **J. Marcou.** ***Les principes physiologiques du traitement chirurgical de l'asthme*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 2, Février 1933). — L'idée d'un traitement chirurgical de l'asthme est justifiée pour D. par ce fait que les causes prédisposantes générales n'ont pas l'influence prépondérante qui leur a été attribuée et qu'il est possible, par exemple, de rencontrer des asthmatiques sans vagotonie et même hypovagotoniques. La cause déterminante est locale, constituée par une lésion broncho-pulmonaire chronique qui rend hyperexcitables les muscles lisses, les ganglions et les filets centrifuges et centripètes. Ainsi agit la tuberculose qui produit par elle-même et par ses lésions nécrosantes un état anaphylactique local double et pour les poisons tuberculeux spécifiques et pour certaines albumines hétérogènes. Le choc anaphylactique local ainsi préparé sera déterminé par l'arrivée d'une albumine par le sang ou d'une odeur par les voies respiratoires.

La broncho-constriction, provoquée par ce choc, n'aurait comme lui qu'une durée passagère si elle ne se trouvait entretenue par l'établissement d'un cercle vicieux : elle excite les filets centripètes et déclenche, par l'intermédiaire des centres du névraxe, un réflexe amphotrope à prédominance sur le groupe excitateur. La broncho-constriction s'exagère, ce qui intensifie l'excitation centripète et, par suite, le réflexe broncho-constricteur.

La meilleure opération sera celle qui rompra le mieux les voies centripètes de ce cercle vicieux. D. donne un exposé très complet des recherches antérieures et des siennes, faites pour reconnaître par quels troncs nerveux passent les voies de l'innervation sympathique dilatatrice et parasympathique constrictrice des muscles bronchiques.

Il donne de ses recherches les conclusions suivantes : le plus grand nombre des filets broncho-constricteurs passe par le vague, le plus grand nombre des filets broncho-dilatateurs viennent de la moelle dorsale et passent par le ganglion étoilé. Le vague possède le plus grand nombre des filets broncho-constricteurs et contient la majorité des filets centripètes pouvant provoquer le réflexe broncho-constricteur.

On voit qu'il n'y a pas lieu de toucher au ganglion étoilé et que l'opération à conseiller comprend : une sympathectomie cervicale avec section du nerf vertébral, des rameaux communicants du ganglion étoilé, lui-même respecté, des branches du vague cervical sortant au-dessus du récurrent et entrant verticalement dans le thorax et, enfin, du tronc du vague, au-dessous du récurrent. On commencera à droite et, en cas d'échec, on répétera à gauche, sauf, bien entendu, la section du vague. Le nombre des malades à opérer apparaît comme devant être très restreint puisqu'il ne comprend que ceux dont la vie est menacée par des accès très fréquents et de plus en plus prolongés.

P. Grisel.

R. Worms. ***A propos de quelques troubles nerveux consécutifs aux pertes de sang*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 2, Février 1933). — D'après W. l'apparition d'accidents nerveux, après une forte hémorragie, est liée à l'existence prédisposante soit d'une lésion nerveuse par irrigation insuffisante d'artères athéromateuses, soit d'un affaiblissement général le plus souvent sous la dépendance de lésions hépatiques. Presque toujours, un individu jeune, sans tares, succombe à une hémorragie massive sans avoir présenté, non seulement les mouvements convulsifs qu'il est classique de décrire, mais même la moindre modification du tonus ou des réflexes tendineux.

Les accidents nerveux ont une expression clinique variable : hémiplégie, paralysie, excitation corticale diffuse, coma avec hypertonie, amaurose. Les convulsions n'ont pas, pour W., la valeur pronostique fatale que P. Bert leur assignait. L'atteinte discrète du faisceau pyramidal, qu'il faut rechercher, se révèle par le signe de Babinski, comme l'a signalé Lemierre et comme W. l'a observé deux fois. Il y a enfin des troubles psychiques, excitation, manie, délire hallucinatoire, signalés autrefois par Pinel et Esquirol, objet d'une discussion à la Société de Chirurgie en 1931, et observés trois fois par W.

L'acte chirurgical intervient aussi dans la genèse des accidents nerveux post-hémorragiques, par l'anesthésie générale et, plus rarement, par la ligature des artères destinées à l'encéphale. W. a fait à ce sujet des recherches expérimentales l'ayant mené aux conclusions suivantes :

L'animal saigné, peut-être en raison de l'acidose consécutive à la perte de sang, présente, vis-à-vis des anesthésiques, une sensibilité augmentée.

La ligature de la carotide primitive qui, sur des animaux non préparés, n'avait jamais été suivie d'hémiplégie, lui a donné, suivie de soustractions sanguines répétées, cette hémiplégie, et, associée à la simple suspension verticale de l'animal, de l'hypotonie croisée.

Ces expériences ne répondent pas d'ailleurs absolument à ce qui s'observe chez l'homme chez qui ces hémiplégies apparaissent souvent sans qu'il y ait eu hémorragie et ont alors, dans la théorie de la thrombose ascendante, une explication qui garde toute sa valeur. Elles justifient cependant les conclusions pratiques de W. qui conseille :

D'éviter toute perte de sang chez tous les opérés et surtout chez les gens âgés ou tarés.

De prévenir les complications cérébrales redoutées de la ligature carotidienne, en la faisant suivre immédiatement d'une transfusion sanguine proportionnée à l'importance de l'hémorragie.

P. Grisel.

R. Proust. ***La section des brides et le détachement des adhérences intra-pleurales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 2, Février 1933). — Nous ne pouvons que signaler cette revue critique des progrès réalisés dans la technique de la section intra-pleurale des brides s'opposant à la rétraction complète du poumon tuberculeux, et que Jacobaeus a fait connaître en 1913. Ces progrès sont totalisés par la technique actuelle de Maurer (Davos) dont voici les deux caractéristiques :

1° L'opérateur ne cherche pas à sectionner les brides, mais à les détacher de la paroi thoracique, ce qui permet d'étendre beaucoup les indications en respectant le cône pulmonaire souvent attiré par la bride.

2° Cette technique est réalisable même si la libération doit se faire en tissu vasculaire parce qu'elle est précédée de la coagulation préalable, par diathermie, et qu'elle s'exécute elle-même avec le cautère au rouge clair qui réalise, en désinsérant la base large, anesthésiée, de l'adhérence, une sorte d'apicolyse intra-pleurale.

Les complications opératoires, perforation du poumon et hémorragie, sont ainsi évitées. L'épanchement intra-pleural, l'emphysème, la symphyse précoce de la période post-opératoire grèvent peu l'ensemble des statistiques dont Bernard et Triboulet ont montré à l'Académie de Médecine, en Juillet 1932, les conclusions favorables.

P. Grisel.

P. Duval et **A. Ameline.** ***Sur les vomissements bilieux électifs après gastro-entérostomie*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 3, Mars 1933). — Ces vomissements, dits électifs parce qu'ils sont purement bilieux, sont sous la dépendance d'une sténose incomplète sous-vatérienne du duodénum, due à des néoformations péritonéales sous-méso-coliques, secondaires à une gastro-entérostomie pour ulcère dont l'exécution a souvent présenté quelque difficulté.

Dans le *type précoce*, après un délai de six à vingt jours, où le malade n'allant pas parfaitement bien reste un peu fébrile, apparaissent brus-

quement les vomissements abondants, fortement colorés, répétés deux et trois fois par vingt-quatre heures et soulageant d'un « malaise duodénal » qui les précède.

Le *type tardif* est seulement caractérisé par le long intervalle libre, de un an et demi et plus, qui sépare l'opération et le premier vomissement.

La symptomatologie constituée, on distingue : une forme légère qui cédera souvent au traitement médical et une forme grave avec peu de fièvre, mais pouls fréquent et amaigrissement rapide.

L'opération s'impose. Elle montre la réaction inflammatoire du péritoine sous-mésocolique, ici limitée, exerçant son action sténosante sur la portion sous-vatérienne du duodénum.

Cette péritonite plastique est la conséquence de l'infection de la paroi gastrique et de la lymphangite sous-séreuse associées à l'ulcère. Elle a, par simple parésie musculaire, déterminé les vomissements électifs du septième jour, et, par formation rapide ou tardive des brides, ceux du vingtième jour ou de la seconde année.

Le diagnostic est relativement aisé avec la dilatation aiguë de l'estomac et l'occlusion duodénale par corde mésentérique qui apparaissent avant le quatrième jour, sont plus dramatiques, s'accompagnant de ballonnement et sont soulagées par la position genu pectorale. Il est plus difficile avec le *circulus vitiosus* vrai et c'est la radiographie, réalisable, qui montrera la sténose et la distension sous-jacente du duodénum avec perméabilité de la bouche anastomotique qui motivent le vomissement purement bilieux.

Il y a un traitement prophylactique qui consiste à faire la gastro-entérostomie de l'ulcère, aussi à froid que possible, avec douceur et en soignant l'hémostase.

Les vomissements précoces apparus, le traitement sera médical d'abord, mais s'ils persistent ou si la situation est grave dès le début, il faut opérer et lever la bride. Dans les vomissements tardifs, c'est elle qui peut être encore la cause de la sténose duodénale, comme ce fut le cas dans l'une des trois observations du mémoire.

Si la péritonite plastique, complication post-opératoire comme l'ulcère peptique, englobe la bouche anastomotique et l'anse jéjunale, c'est que sa forme complète, menant au non-fonctionnement de l'anastomose, est en voie de réalisation et nécessite une intervention dont le choix est en dehors du sujet de ce mémoire.

P. Grisel.

Lavau. ***Traitement chirurgical du cancer de la verge*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 3, Mars 1933). — Le directeur de l'Hôpital indigène en Cochinchine a pu opérer, en trois ans, 45 cas de cancer de la verge. Il a eu seulement deux morts, l'une par progression d'une anémie pré-existante, l'autre par infection due à la section médiane du scrotum pour conserver les testicules et qu'aurait prévenue une émasculation totale. Une seule récidive est connue et expliquée par la contamination du champ opératoire. Les autres malades, sans autre ressource chirurgicale, n'ayant pas été revus, peuvent être considérés comme restés indemnes d'une récidive dont la rareté s'explique par ce fait que, sur 21 cas examinés histologiquement, les ganglions ne furent trouvés cancéreux que deux fois seulement.

L'étendue des lésions donne trois indications chirurgicales différentes : la destruction totale jusqu'au pubis indique l'émasculation totale ; la destruction respectant les téguments de la racine indique l'amputation avec conservation des testicules ; la limitation au prépuce et au gland ne demande que l'amputation partielle.

Le procédé de L. consiste, dans tous les cas, à commencer l'opération par l'ablation, en masse et bilatérale, de tous les ganglions et de la totalité du tissu cellulaire du triangle de Scarpa, en conservant, par décollement sus-pubien, aux deux paquets cellulo-ganglionnaires, un pédicule qui les relie l'un à l'autre et se continue avec la partie de l'organe qui doit être amputée. Si l'amputation n'est que partielle, on assure quand même cette continuité en attirant avec une pince les masses ganglionnaires par-dessous la partie des téguments de la verge qui est conservée.

P. Grisel.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

A. Boquet. ***Sur le mécanisme de l'infection tuberculeuse expérimentale (2e mémoire). Surinfections exogènes et surinfections endogènes*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. L., n° 1, Janvier 1933). — La peau des cobayes tuberculeux conserve sa réceptivité aux surinfections pendant plus de 8 semaines après l'inoculation d'une dose modérée (0 milligr. 0001) de bacilles virulents et pendant plus de 3 semaines après que l'épreuve tuberculinique a révélé le développement de l'allergie. A ce moment, les surinfections virulentes par voie dermique provoquent la formation d'un nodule tuberculeux dont l'évolution se caractérise par un raccourcissement de la période d'incubation ; ensuite l'hypersensibilité atteint rapidement son intensité maximum, tandis que l'immunité ne progresse qu'avec lenteur. Finalement, les réactions allergiques et les réactions d'immunité se confondent dans la lésion nécrotique précoce et spontanément curable du phénomène de Koch.

La peau, les séreuses et le tissu cellulaire deviennent réfractaires à peu près dans le même temps ; à ce moment, la surinfection testiculaire produit encore une lésion évolutive susceptible d'entraîner la destruction complète de l'organe par sclérose ou par caséification.

L'absence de toute lésion locale à la suite de la surinfection sous-cutanée ne signifie pas que les bacilles tuberculeux sont détruits sur place en totalité, car les ganglions lymphatiques correspondants peuvent être le siège d'un processus scléreux ou caséeux, en dépit de l'immunité apparente du tissu conjonctif.

Chez le lapin, la résistance spécifique engendrée par une infection tuberculeuse active, limitée au derme, aux tissus conjonctifs sous-cutanés et aux ganglions, est beaucoup moins efficace que chez le cobaye.

A la condition qu'ils soient inoculés à faible dose, les bacilles tuberculeux se dispersent plus tardivement dans l'organisme des cobayes déjà infectés que dans l'organisme des cobayes neufs. Au lieu de pénétrer presque immédiatement dans les voies lymphatiques, puis dans le sang, comme chez les animaux infectés pour la première fois, les bacilles de surinfection n'atteignent les ganglions correspondants qu'après un délai de plusieurs jours et les viscères, 2 ou 3 semaines plus tard. Si à une période déjà avancée de la primo-infection, on provoque une bacillémie artificielle au moyen d'une inoculation intraveineuse de bacilles virulents, la masse sanguine ne tarde pas à se purifier par bactériopexie cellulaire.

Robert Clément.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE (Paris)

J. Beyne. ***Les réactions de la pression artérielle chez l'homme au cours du vol en avion.*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. XXX, n° 4, Décembre 1932). — Les variations de la pression artérielle chez l'homme au cours du vol en avion sont différentes de celles qu'il est possible d'observer en altitude chez l'aérostier ou en dépression atmosphérique réalisée par un caisson. Elles ne sont que dans une faible limite en relation avec la diminution de tension de l'oxygène de l'air. En mesurant la pression artérielle avec l'oscillomètre de Pachon, soustrait à l'influence des vibrations du moteur au moyen de suspensions élastiques, on peut se rendre compte que la tension maxima s'élève avec la montée pour redescendre dès que l'on est en palier ou en descente.

Le facteur primordial des réactions cardio-vasculaires au cours du vol en avion, c'est moins la diminution que la variation de pression atmosphérique. Les réactions vaso-motrices et les modifications de la pression artérielle qu'elles provoquent sont proportionnelles à l'ampleur de la variation de la pression atmosphérique et à sa vitesse dans l'unité de temps. Chez la grande majorité des sujets, tout se passe comme si les variations de la pression atmosphérique déterminaient une hypertonie vaso-motrice, élevant la pression artérielle efficace. Lorsque le cœur est capable de répondre à cet accroissement des résistances périphériques par un effort supplémentaire, la tension maxima s'élève, tandis qu'elle s'abaisse au contraire lorsque le cœur fléchit ; plus la variation barométrique est brutale, plus cette action est marquée. Suivant la nature du vol et suivant l'état physio-pathologique humain qui subit son influence, il existe des formes diverses de réactions de la pression artérielle aux influences du vol en avion.

Robert Clément.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Raimbault. ***Intoxication bulbaire grave à la suite de l'ingestion intragingivale de 0 gr. 02 de novocaïne*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXIV, n° 12, Décembre 1932). — R. rapporte une observation cliniquement instructive en ce qui concerne les accidents que peut provoquer, à titre exceptionnel, l'anesthésie locale même sous les doses insignifiantes. A 18 heures, un samedi, R. pratique une anesthésie locale intragingivale de 1 cmc d'une solution de novocaïne à 2 pour 100 avec 0 gr. 00002 d'adrénaline, après badigeonnage de la muqueuse avec du liquide de Bonain à la boutelline ; deux ou trois minutes après, il se produit de la mydriase et de la pâleur. Cinq minutes après refroidissement des extrémités, vertiges, embarras de la parole, pouls à 65 bien frappé. Malgré une injection de caféine, un quart d'heure après, état semi-comateux. A 19 h. 45, amélioration manifeste. A 21 h. 15, reprise plus accentuée des phénomènes, algidité périphérique, pouls à 130, mal frappé, hypotension (adrénaline intra-musculaire, huile éthéro-camphrée, cardiobaïne). A 4 h. 30 du matin, vomissements, évacuations alvines, pollakiurie. Entre 4 heures et 9 heures, céphalée violente, quelques secousses cloniques dans la face et des fourmillements des extrémités. A 10 heures, troubles respiratoires. A 12 heures, état présyncopal moins marqué avec mouvements cloniques de la face et des extrémités. Amélioration progressive. Tout rentre dans l'ordre, le lundi matin à midi. Mais pendant trois mois, état de dépression.

A remarquer que les accidents cardiaques et syncopaux ont dominé la scène. Les crises épileptiformes ont été légères et tardives comme les accidents respiratoires.

C. Ruppe.

L'ALGÉRIE MÉDICALE (Alger)

E. Benhamou et **Mlle Odry.** ***Les formes fébriles de la leucémie myéloïde*** (*L'Algérie médicale*, t. XXXVII, n° 61, Janvier 1933). — Dans 3 cas de leucémie myéloïde, la fièvre était au premier plan

du tableau clinique; chaque poussée évolutive se traduisait simultanément par une augmentation considérable du volume de la rate et par une température oscillant entre 39° et 40°.

Ces observations de splénomégalie fébrile peuvent faire songer au paludisme, au kala-azar, à la lymphogranulomatose maligne, aux anémies spléniques, à la leucémie aiguë. Le diagnostic est fait par l'examen du sang.

Dans les formes fébriles de la leucémie myéloïde, le traitement radiothérapique intensif sur la rate constitue une véritable médication d'urgence. Les doses classiques de 3.000 R ne sont pas toujours suffisantes et doivent être souvent dépassées sous contrôle hématologique. Sous l'influence de cette médication, la fièvre disparaît pour ne plus revenir pendant de longs mois, la rate diminue de volume et l'état général s'améliore considérablement.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON
(Lyon)

J. Paviot, P. Lagèze et **H. Naussac.** ***Les arthropathies protéiniques, en particulier celles d'origine alimentaire*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. XIV, n° 313, 20 Janvier 1933). — Sous le nom d'arthropathies protéiniques, on peut grouper les manifestations articulaires consécutives à l'absorption ou la résorption de protéines, étrangères ou altérées, chez certains sujets. Celles qui apparaissent à la suite des injections de sérum thérapeutique sont les plus connues. On en a rapproché les accidents articulaires observés à la suite de résorption sanguine : autohémothérapie, hématome traumatique, épanchements péritonéaux des grossesses ectopiques, hémoglobinurie paroxystique, ou de liquides organiques: pleurésies séro-fibrineuses, œdèmes.

Des arthropathies ayant les mêmes caractères de brusquerie d'apparition, de manifestations articulaires aiguës, superficielles et éphémères, peuvent être consécutives à l'absorption de protéines alimentaires qui se comportent chez certains malades comme des albumines de choc auxquelles ils sont sensibilisés.

Ces accidents peuvent simuler la maladie de Bouillaud; mais, ici, le salicylate reste inefficace; dans quelques cas, il peut même y avoir de la fièvre. La preuve étiologique a pu être faite par la reproduction à la suite d'ingestion de viande dans un cas, et par la guérison sous l'influence d'un traitement par les peptones, le chlorure de calcium et l'adrénaline. Dans les formes subaiguës, le diagnostic serait encore plus malaisé si d'autres symptômes de l'anaphylaxie alimentaire, principalement cutanés, n'orientaient vers l'étiologie en cause.

En se basant sur l'observation d'un étudiant de 31 ans, présentant des hydarthroses chroniques, ayant disparu après modification du régime, traitement de l'insuffisance hépatique et administration de chlorure de calcium, d'adrénaline et de peptones, P., L. et N. pensent qu'on peut rattacher aux arthropathies protéiniques certaines formes d'hydarthroses énigmatiques, les unes nettement intermittentes, d'autres plus ou moins chroniques, récidivantes et interminables et aussi quelques rhumatismes chroniques dont chaque poussée s'accompagne d'autres phénomènes anaphylactiques.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
(Marseille)

L. Cornil. ***Considérations nosologiques et pathogéniques sur les angiomes et télangiectasies intra-rachidiennes (A propos de 13 observations anatomiques).*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. I, n° 7, Octobre 1932). — Sur 104 cas de syndromes tumoraux intra-rachidiens étudiés histologiquement, C. a rencontré 13 fois des tumeurs vasculaires dont le canal rachidien constitue l'un des sièges de prédilection.

On peut donner le nom de télangiectasie à toutes les anomalies vasculaires dont la dilatation constitue le caractère le plus saillant: les télangiectasies simples sont des dilatations cylindriques, les varicosités sont ampullaires ou sacciformes, les télangiectasies sont isolées ou plexulaires. L'angiome se distingue par sa nature prolifératrice tumorale.

C. a observé 2 cas de télangiectasie artérielle et veineuse intra-médullaire et 3 cas de télangiectasie pie-mérienne ayant réalisé un syndrome pseudo-tumoral médullaire.

Sur 80 tumeurs intra-rachidiennes, on trouve 7 angiomes vrais: un angiome caverneux épidural, un angiome des racines simultanément caverneux, capillaire et angio-réticulaire, 2 angio-réticulomes intra-vertébraux, pseudo-thyroïdiens, 1 angio-réticuloxanthome méningé, 1 angio-méningoblastome et 1 angioneurome.

Les télangiectasies sont le plus souvent consécutives à la myélite et à la myélomalacie, que le processus inflammatoire survienne chez l'adulte ou qu'intra-utérin il provoque une télangiectasie congénitale. Dans d'autres cas, les télangiectasies sont mécaniques et résultent de l'obstruction plus ou moins complète de la voie de retour. Enfin, certains nævi sont d'origine ovulaire dysembryoplasique.

Les angiomes hyperplasiques ou tumoraux se développent avant tout sur un terrain télangiectasique congénital ou acquis; ils sont le plus souvent héréditaires.

Robert Clément.

STRASBOURG MÉDICAL

J. J. Bindschedler, Schneegans et **R. Meyer.** ***Les encéphalites primitives aiguës non suppurées chez l'enfant*** (*Strasbourg Médical*, t. XCII, n° 36, 25 Décembre 1932). — B., S. et M. apportent l'observation résumée de 14 cas de maladie de Heine-Médin à symptomatologie cérébrale isolée ou fortement prédominante survenus au cours de l'épidémie du Bas-Rhin en 1930 et 10 cas d'encéphalites sporadiques.

Pour les premiers, la nature poliomyélitique peut être affirmée grâce à la notion d'épidémie, la répartition géographique des cas, le début et l'évolution clinique rapide assez caractéristiques, par la réaction méningée, à polynucléaires au début virant rapidement vers la lympho-mononucléose avec légère hyperalbuminose persistante. Le syndrome neurologique a été très varié en rapport avec des lésions tantôt corticales, tantôt mésocéphaliques, tantôt cérébelleuses ou bulbo-protubérantielles. Les signes neurologiques les plus marqués furent les paralysies spasmodiques avec symptômes pyramidaux, les paralysies faciales, les paralysies oculaires. On a observé aussi l'ataxie cérébelleuse aiguë, des réflexes pendulaires, des tremblements, du nystagmus, la démarche hésitante, des mouvements choréo-athétosiques, l'aphasie, l'abasie, des vertiges, de la synergie cérébelleuse. Il y avait, en outre, de la fièvre, de l'abattement, quelquefois, torpeur, coma ou convulsions. 5 enfants évoluèrent rapidement vers le coma, les convulsions et la mort; c'étaient surtout les formes corticales. 9 guérirent presque complètement en l'espace de quelques semaines, après avoir présenté principalement des formes di- et mésocéphaliques. Dans quelques cas, le sérum de convalescent a pu aider l'organisme à combattre l'infection et permettre de ne point succomber.

Les encéphalites sporadiques ont des aspects très variés. Une observation peut être rapprochée de l'encéphalite léthargique avec cependant une réaction méningée assez nette. Dans 3 autres, il y avait somnolence ou coma avec dans un cas des mouvements choréiformes et dans un autre, une ébauche d'hémiplégie.

2 cas d'encéphalites hémiplégiques sont difficiles à classer. 2 autres se manifestant par un tremblement aigu et ayant guéri sont symptomatiques de l'atteinte des voies cérébelleuses ou des voies extra-pyramidales. Le dernier caractérisé par des convulsions d'abord généralisées, puis hémiplégiques, se développa au cours d'une acrodynie.

L'étiologie de ces encéphalites a été très discutée; on admet de plus en plus qu'elles sont dues à un virus filtrant.

Si la topographie des lésions est très variable, les lésions histologiques sont analogues dans toutes les formes.

Le diagnostic se pose avec les tumeurs cérébrales, la gliomatose, la syphilis cérébrale, la méningite kystique qui sont d'allure chronique, avec le tétanos, la chorée, les hémorragies cérébrales, les comas toxiques et au début et dans les formes légères, avec la spasmophilie et les convulsions fébriles du nourrisson.

Robert Clément.

L. Willemin-Clog, R. Mély et **Mlle Jung.** ***L'encéphalite coquelucheuse*** (*Strasbourg Médical*, t. XCII, n° 36, 25 Décembre 1932). — Les complications nerveuses sont loin d'être rares au cours de coqueluches graves; durant le premier semestre 1932, à la clinique du prof. Rohmer, W., M. et J. ont pu observer 9 encéphalites sur 97 coquelucheux admis. On discute encore la nature toxique ou inflammatoire des lésions encéphaliques et dans ce cas, on ne sait si ces lésions sont le fait du virus spécifique, le bacille de Bordet-Gengou, ou d'un virus associé ou d'un microbe de sortie. Sur 10 cas rapportés, 8 concernent des nourrissons âgés de 1 à 10 mois, 2 des enfants de 2 et 3 ans. L'apparition de l'encéphalite varie par rapport au début de la coqueluche; le plus souvent, elle se situe entre la deuxième et la sixième semaine; dans un cas, les manifestations encéphalitiques précédèrent de trois jours la première quinte. L'association de l'encéphalite et d'une broncho-pneumonie est fréquente; aucun des cas guéris n'avait eu de broncho-pneumonie.

L'aspect clinique est très variable. La somnolence paraît être le signe prémonitoire le plus fréquent; mais l'agitation peut être observée. Dans le plus grand nombre de cas, une crise convulsive constitue la manifestation essentielle, rarement absente, parfois unique de l'atteinte cérébrale.

Les paralysies semblent peu fréquentes: une hémiplégie qui laissa une paralysie résiduelle d'origine médullaire, une paraplégie, quelques paralysies oculaires. Les troubles du rythme respiratoire sont fréquents et d'aspects divers. Les mouvements choréiformes, athétosiques, les tremblements de type parkinsonien, les mouvements stéréotypés sont une des meilleures signatures de la nature encéphalitique de la complication; on les relève dans 4 observations. Ils peuvent persister longtemps après la période aiguë.

Il n'y avait jamais de signes cliniques de réaction méningée; dans quelques cas, le liquide céphalo-rachidien montre quelques lymphocytes ou une légère albuminose. 2 fois, l'évolution fut suraiguë, la mort survenant de vingt-quatre à quarante-huit heures. Les formes aiguës sont les plus fréquentes débutant par des convulsions avec hyperthermie, durant une semaine au plus et se terminant tantôt par la mort, tantôt par la guérison complète, tantôt par le passage à une période subaiguë ou chronique. Dans un cas, il y eut rechute. Les formes subaiguës ou chroniques d'emblée sont plus rares.

Le diagnostic consiste surtout à éliminer une simple réaction fonctionnelle provoquée par une

forte hyperthermie, l'association d'urémie ou de tétanie, une hémorragie méningée ou cérébrale, une méningite aiguë.

Le pronostic est grave, W., M. et J. ont eu 7 morts sur 10 cas. L'injection de sang provenant de parents ou les injections intraveineuses de sérum glucosé ont paru avoir quelque action surtout sur les crises convulsives.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Hermann Zondek et **Artur Bier.** ***Le brome dans le sang au cours des psychoses*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 2, 14 Janvier 1933). — Z. et B. ont actuellement procédé à 2.000 analyses du sang au point de vue du brome. Ils ont ainsi constaté que la limite inférieure pour les sujets normaux n'est pas 800 gammas pour 100 grammes comme ils le croyaient jusqu'ici, mais 730, la limite supérieure étant 1.100 gammas. Dans 95 à 90 pour 100 des cas de psychoses maniaques dépressives le brome du sang est diminué.

Il paraît possible que le taux du brome du sang comme les échanges soient réglés par un centre. Dans quelques cas de lésions organiques du cerveau, il a été effectivement trouvé des chiffres faibles. Une fois, il s'agissait de syphilis cérébrale et il a été trouvé une fois 520 et une autre fois 489 gammas de brome. Dans un cas de tumeur cérébrale et dans un cas d'apoplexie récente les chiffres ont été faibles également. Il est possible que le centre régulateur, qui doit siéger dans l'hypothalamus et dans l'hypophyse, soit touché directement ou par contre-coup. Chez ces 3 sujets, le liquide céphalo-rachidien présentait une proportion de brome normale, voire même supérieure à la normale, tandis qu'en cas de psychose maniaque-dépressive, les chiffres du liquide sont faibles. Il y aurait donc là un caractère différentiel important.

En procédant à des analyses, à plusieurs reprises, chez des malades atteints de psychose maniaque-dépressive, il a été constaté que l'abaissement du brome du sang précède les symptômes cliniques. L'abaissement n'est régulièrement constaté qu'au bout de trois semaines. De même le retour à la normale du brome dans le sang se produit parfois au moment où les symptômes commencent à s'atténuer. En tout cas, il s'agit de modifications qui se font lentement. Dans certains cas, cependant, le brome du sang diminue brusquement. Le fait a été observé dans un cas de *delirium tremens*.

P.-E. Morhardt.

Emil Epstein. ***Physiologie pathologique et enrichissement des cellules en phosphatides dans la maladie de Niemann-Pick*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 2, 14 Janvier 1933). — E. a eu l'occasion d'analyser, avant toute fixation, les viscères d'une fillette morte à 13 mois, de maladie de Niemann-Pick. Il a été ainsi constaté pour la rate, le foie et le cerveau, une augmentation considérable des phosphatides saturées et non saturées. Comme le montre l'examen microscopique, il s'agit, dans cette maladie, d'une destruction de l'ensemble de la structure cellulaire plasma et des noyaux par invasion de phosphatides. Les cellules prennent une apparence de framboise et finissent par se dissoudre littéralement. Ces phénomènes s'expliquent, car les phosphatides sont des corps qui favorisent l'émulsion d'une façon extrême par leurs propriétés hydrophiles, traversent ainsi la membrane de lipoïdes et envahissent non seulement le protoplasma mais encore le noyau.

Les cellules les plus atteintes par ce processus sont d'origine mésenchymateuse : système réticulo-endothélial, cellules étoilées de Kupfer, histiocytes péri-vasculaires et d'origine endodermique : cellules épithéliales du parenchyme hépatique.

En même temps que cette augmentation des phosphatides, on constate que la proportion relative de cholestérine et d'éthers de la cholestérine se modifie beaucoup. Ce rapport au lieu de s'élever comme normalement à 1,56 (cerveau) ou à 3,7 (foie) atteint 19 et 64. Il faut alors admettre que l'éthérification de la cholestérine est rendue impossible par le fait que les phosphatides emploient tous les acides gras qui seraient nécessaires pour l'éthérification de la cholestérine. De ce fait, la cholestérine perd la propriété d'être résorbée puis excrétée notamment par le foie. Effectivement, le foie est obligé, du fait de la destruction des globules rouges, d'éthérifier en grande partie la cholestérine pour l'éliminer avec la bile ou pour la mettre à la disposition du reste de l'organisme en vue de l'édification de nouvelles cellules. Ces considérations expliquent que chez les sujets à parenchyme hépatique lésé, les éthers de la cholestérine diminuent ou disparaissent.

Dans l'encéphale, il existe également des éthers de la cholestérine comme on arrive actuellement à le démontrer par la méthode de Windaus. Les cellules cérébrales auraient donc, elles aussi, le pouvoir d'éthérifier la cholestérine.

D'un autre côté, dans la maladie de Niemann-Pick, la graisse neutre disparaît des dépôts naturels, c'est-à-dire du tissu cellulaire sous-cutané, du péritoine, etc. Cette migration des graisses doit être mise en rapport avec le fait que les phosphatides favorisent les émulsions.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE
(Berlin-Vienne)

Neugebauer. ***Au sujet d'un myome de l'estomac et d'un myosarcome du cæcum*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVI, n° 4, Octobre 1932). — Les myomes de l'estomac constituent une lésion rare, puisque Bouvier en 1924 n'avait pu en réunir que 68 observations. Leur développement peut se produire soit vers la cavité gastrique, soit vers l'extérieur. Ils peuvent provoquer différents syndromes : syndrome ulcéreux, syndrome d'occlusion gastrique aiguë par blocage du pylore, syndrome d'invagination dans la première partie du duodénum, syndrome pylorique.

Dans l'observation de N., il s'agissait d'un homme de 56 ans dont les premiers symptômes de l'affection remontaient à trois semaines auparavant ; apparition d'une tumeur, sans vomissements, mais avec perte de l'appétit.

A l'intervention, on constate l'existence d'une tumeur développée entre l'estomac et le côlon transverse. La libération du côlon est malaisée et l'on doit le réséquer sur 13 cm. en même temps qu'un segment de la grande courbure de l'estomac. Guérison. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un leiomyome provenant de la musculature longitudinale de l'estomac.

Dans la deuxième observation, il s'agissait d'une femme de 48 ans présentant une tumeur sous-costale droite. Il s'agissait d'une tumeur cæcale pour laquelle on fit une hémicolectomie suivie d'iléo-transversostomie. Guérison. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un myosarcome du cæcum.

J. Sénèque.

Hinterstoisser. ***Rétrécissement congénital du canal hépatique*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVI, n° 4, Octobre 1932). — H. publie la courte observation suivante : une femme de 44 ans est prise brusquement de douleurs abdominales avec le lendemain apparition d'un ictère ; deux mois après l'ictère n'ayant pas rétrocédé on intervient chirurgicalement.

A l'intervention on découvre une vésicule contenant quatre calculs et l'on pratique une cholécystectomie. Le cholédoque n'est pas dilaté, mais on ne parvient pas à cathétériser le canal hépatique, même après duodénotomie. Mort post-opératoire avec un syndrome d'ictère grave.

A l'autopsie on a pu constater que le canal hépatique depuis le hile du foie jusqu'à sa réunion avec le cholédoque était atrésié et que ses deux branches intra-hépatiques étaient au contraire très dilatées. Il n'existait aucun symptôme inflammatoire.

J. Sénèque.

ARCHIV für GYNAKOLOGIE
(Berlin)

M. Bolaffio (Modène). ***Anémie pernicieuse et grossesse*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLI, n° 3). — B., en vingt et un ans, a recueilli 40 observations et a vu bien d'autres cas.

Il attache une grande importance à la couleur de la peau : pâle (20 cas, 4 décès), extrêmement pâle (4 cas, 3 décès), jaunâtre (7 cas, 3 décès, 3 guérisons par transfusion, 1 autre guérison), subictère (3 cas, 1 décès), terreux (6 cas, 1 décès). Les hémorragies sont fréquentes (11 cas) : épistaxis (3 cas, 2 morts), pétéchies (5 cas), hémorragies rétiniennes (3 cas, 2 morts), hématuries (1 cas). L'œdème est presque constant. La bilirubinurie est très fréquente. La splénomégalie se retrouvait dans 14 cas. La glossite est rare. Anachlorhydrie. Diarrhée. La fièvre est rare.

L'hypoglobulie descend souvent au-dessous d'un million et, parfois, par bonds rapides. La valeur globulaire augmente. Anisocytose, polychromatophilie, poïkilocycose, hématies granuleuses. Leucopénie (18 cas), hyperleucocytose (8 cas), leucocytose normale (10 cas), leucocytose variable (4 cas). La lymphocytose assombrit le pronostic.

L'affection débute à tous les mois, mais surtout au cinquième, puis au sixième et au septième. Les cas mortels ont une marche galopante et un début précoce. L'accouchement est rapide et sans grande hémorragie. Le traitement (fer, arsenic, foie, transfusion) est parfois actif et, alors, la régénération est rapide.

L'anémie est fréquente en Italie, parfois épidémique ; elle se montre surtout en hiver. Elle est plus rare chez les femmes très jeunes et les primipares, mais aussi plus grave. Pas de parasites intestinaux, mais fréquence du paludisme.

La mortalité a été peu élevée dans la statistique de l'A : 30 pour 100, ce qu'il attribue au traitement mis en œuvre. Le pronostic fœtal montre 21 enfants vivants dont 13 viables.

On a eu recours douze fois à la transfusion (8 guérisons), qui agit par régénération de la moelle osseuse. Il doit être complété par la méthode de Whipple, faute de quoi l'amélioration ne dure pas. L'interruption de la grossesse est parfois utile.

Henri Vignes.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA
(Sydney)

H. R. Dew (Sydney). ***Simulation d'affections hypophysaires par lésions intra-craniennes*** (*The medical Journal of Australia*, t. XIX, vol. 2, n° 26, 24 Décembre 1932). — Les adénomes hypophysaires et les tumeurs de cette glande s'accompagnent de syndromes, altérations morphologiques du squelette, troubles du métabolisme de l'eau et du tissu adipeux, de signes oculaires et de signes focaux ou généraux d'hypertension intracranienne, qui peuvent être simulés par des tumeurs suprasellaires ou intrasellaires.

Les tumeurs suprasellaires sont surtout constituées par des tumeurs épithéliales dérivées de vestiges des conduits cranio-pharyngé et hypophysaire. On les appelle souvent *tumeurs de la poche de Rathke* ou *cranio-pharyngiomes*. De grande variabilité histologique, elles peuvent être solides ou kystiques, dégénérées, contenir du cholestérol ou des nodules calcaires. Il s'agit de tumeurs vraiment suprasellaires complètement séparées de l'hypophyse, qui est normale ou légèrement aplatie. Elles apparaissent entre 10 et 30 ans, débutent en général par un syndrome chiasmatique, puis vient l'œdème de la papille. L'hypertension intra-cranienne ou la compression directe peut aboutir à des paralysies oculaires, des névralgies faciales et parfois un syndrome hypothalamique. Les signes endocriniens consistent en une insuffisance hypophysaire et un léger degré d'infantilisme. Chez les adultes, on peut avoir un syndrome adiposo-génital et un diabète insipide. La fièvre, les céphalées, l'urticaire peuvent faire errer le diagnostic, mais dans 80 pour 100 des cas, la tumeur calcifiée est bien visible sur les radiographies.

Les *gliomes des nerfs optiques* représentent 8 pour 100 des tumeurs suprasellaires. Ils surviennent chez les jeunes enfants entre 4 et 14 ans, se manifestent par l'atrophie optique, souvent unilatérale et l'exophtalmie du même côté. Il existe des signes d'hypertension intra-cranienne, due à l'extension du néoplasme dans l'espace interpédonculaire, avec formation d'hydrocéphalie et quelquefois un syndrome hypothalamique; il n'y a en général pas de signes glandulaires ni de signes radiologiques.

Les *méningiomes suprasellaires* envahissent les tissus voisins du sinus veineux dans la région sellaire. Ils se voient surtout chez les adultes et se manifestent par des altérations du champ visuel suivies d'une atrophie optique lentement progressive. L'hypertension intracranienne est une manifestation tardive, de même qu'un léger degré d'hypopituitarisme. Dans les cas typiques, la selle turcique est normale sur les radiographies; dans 10 pour 100 des cas seulement, on peut voir un nodule calcaire juste au-dessus du tubercule sellaire.

Les *tumeurs de la partie antérieure du IIIe ventricule* sont des gliomes ou des épendimomes; ils se caractérisent surtout par un syndrome hypothalamique, somnolence, diabète insipide et quelquefois dystrophies et adiposité. Le siège de ces tumeurs est parfois précisé par des signes pyramidaux ou cérébelleux, des troubles de la régulation cardiaque, des mouvements oculaires ou des signes mentaux ou endocriniens.

Les *méningiomes du sillon olfactif* se développent aux dépens des villosités arachnoïdes et s'étendent vers la région de la selle turcique. Ce sont des tumeurs bénignes qui atteignent parfois une assez grande dimension avant de donner lieu à des symptômes. Les premières manifestations sont une diminution de la vision d'un œil avec atrophie optique. L'association de symptômes nasaux fait songer à une névrite rétro-bulbaire; de l'autre côté, il y a d'abord diminution du champ visuel, puis baisse de l'acuité visuelle avec œdème de la papille, témoignant de l'hypertension intra-cranienne. L'anosmie est uni- ou bilatérale; il y a souvent des troubles mentaux, notamment euphorie, perte de la mémoire; quelquefois, hypopituitarisme. La radiographie peut révéler une érosion de la voûte sphénoïdale avec une tache de calcification moyenne au-dessous de la région de l'apophyse crista galli; rarement, dans les cas avancés, il y a élargissement de la selle turcique. Ces tumeurs peuvent être enlevées avec chances de guérison complète.

Il existe enfin d'autres tumeurs de types plus rares: chordomes, tératomes, cholestéatomes, kystes résiduels, et tumeurs du plexus choroïde. Ce sont surtout des curiosités anatomiques; il est impossible de les distinguer cliniquement des autres tumeurs suprasellaires.

Les anévrismes des artères de l'hexagone de Willis et l'arachnoïdite chronique des citernes de la base peuvent être aussi sources d'erreurs de diagnostic.

Seule l'étude minutieuse clinique, ophtalmologique et radiologique permet de préciser le siège et la nature de ces diverses tumeurs, notions indispensables pour le traitement de ces affections.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE CHIRURGIE ET ANNALES DE LA SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE (Bruxelles)

Christophe, Divry et Moreau. ***Un cas de cysticercose cérébrale; extirpation; guérison*** (*Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*, t. XXXI, n° 9, Décembre 1932). — Dans sa thèse sur les cysticercoses du névraxe (Paris, 1928), Schmite distingue quatre types cliniques de la localisation cérébrale: type pseudo-tumoral, type méningé, type psychique et type ventriculaire réalisant habituellement le syndrome du quatrième ventricule. C'est au type pseudo-tumoral avec crises jacksoniennes intéressant surtout le membre supérieur droit et laissant à son niveau des troubles parétiques de plus en plus accusés, suivies de céphalées et de vomissements, et, pour les dernières, sans perte de connaissance, qu'appartient l'observation de la malade, jeune femme de 23 ans. Une première attaque en 1930, après un intervalle libre de plus de deux ans, est suivie, au début de l'année 1932, d'attaques successives. Le diagnostic de tumeur cérébrale gauche est confirmé par une ventriculographie par la technique de Laruelle qui montre les deux ventricules rejetés à droite, avec abaissement et torsion du gauche. Liquide de ponction lombaire absolument normal.

L'ablation, sous anesthésie locale, par large volet fronto-pariétal gauche, au bistouri électrique, d'un nodule cortical de 3 centimètres de diamètre, fut suivie d'une hémiplégie droite avec aphasie. Les attaques épileptiformes disparurent et en Novembre 1932, il ne restait, au membre supérieur, que de la gêne de l'opposition du pouce, tandis que la parésie du membre inférieur gênait encore fortement la marche.

L'examen du nodule enlevé le montra centré par un cysticerque celluleux et formé par la superposition d'une série de couches ainsi réparties à partir de la vésicule parasitaire: une couche exsudative de caractère purulent, composée presque exclusivement de polynucléaires, du tissu de granulation très riche en plasmocytes, une couche conjonctive de densité variable, enfin le tissu nerveux désintégré sur une certaine profondeur. C., D. et M. font remarquer que la couche adjacente au parasite, décrite classiquement comme épithélioïde, est ici, sans être franchement purulente, cependant de caractère exsudatif, constituant avec la couche granuleuse une véritable membrane pyogène devant aboutir à la suppuration et à la mort consécutive du parasite.

Tous les cas opérés, y compris celui-ci, sont au nombre de 29, avec 3 localisations au IVe ventricule et 26 localisations au cortex; ils ont donné 14 guérisons complètes et 7 morts.

P. GRISEL.

G. Coryn. ***Ostéose parathyroïdienne (maladie de Recklinghausen); parathyroïdectomie*** (*Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*, t. XXXI, n° 9, Décembre 1932). — La malade, à 20 ans, à la suite d'une chute, eut une fracture qui, à Anvers, fut reconnue en relation avec un kyste solitaire du fémur, et, traitée par curettage, consolida. L'année suivante l'humérus gauche se brise dans la main d'un conducteur qui aide la malade à monter en tramway. Après nouvelle consolidation, nouvelle période libre de deux ans qui permet le mariage. C'est à partir de 27 ans que s'installe le syndrome complet et lamentable de la maladie de Recklinghausen, dont l'observation donne tous les détails avec d'impressionnantes photographies et radiographies.

La malade, entrée à 28 ans, en Mai 1931, dans le service de Coryn, après un examen de Snapper fixant à 14,62 milligr. pour 100 le calcium total du sang, commence, le 22 Juin, la période chirurgicale guidée par une foi heureuse dans les connaissances acquises sur la physiologie pathologique de l'affection. Elle aboutira, au cours d'une troisième intervention, à la découverte et à l'ablation d'un adénome parathyroïdien, du volume d'une noisette, compris dans un dédoublement de la capsule thyroïdienne, à la partie supérieure du lobe gauche.

Alors que les deux premières interventions, à gauche, ligature des pédicules supérieur et inférieur, ablation de la parathyroïde inférieure saine et d'un coin du pôle inférieur de la thyroïde, à droite, ligature du pédicule supérieur, ablation d'un lobule thyroïdien normal aberrant, n'avaient donné aucun résultat, l'ablation de l'adénome fut suivie au bout de trois mois d'une amélioration progressive. Au dernier examen, en Novembre 1932, la malade a grossi, a de l'appétit, malgré la persistance de nausées et quelques vomissements, les urines sont claires, les mouvements actifs des bras et des jambes sont récupérés, permettant la position assise, toutes les fractures sont consolidées, la radiographie montre une recalcification générale donnant un contour plus net aux kystes qui ont persisté, et dont l'un, à l'avant-bras gauche, présente encore cliniquement un certain degré de ramollissement. Le taux du calcium total sanguin est abaissé à 10,52 milligr. pour 100 après avoir été réduit, trois semaines après l'opération, à 9,01 milligr.

Cette observation invite à l'examen du sang et de la totalité du squelette des malades atteints de kystes solitaires des os et montre que la ligature des pédicules vasculaires parathyroïdiens ne suffit pas, comme l'a indiqué Leriche, à neutraliser l'adénome.

P. GRISEL.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

David Harley. ***Une réaction phagocytaire dans le rhume des foins*** (*British medical journal*, n° 3760, 28 Janvier 1933). — Jusqu'à présent les réactions phagocytaires du sang des malades atteints de rhume des foins sur le pollen des graminées étaient difficiles à obtenir en raison des dimensions des grains de pollen.

H. a obtenu une préparation qui tient en suspension des grains de pollen de *Phleum pratense*. Il met le pollen dans une solution saline, qu'il agite jusqu'à rupture des grains, qu'il filtre et centrifuge à plusieurs reprises. A la glacière, cette solution est stable pendant une quinzaine de jours. En ajoutant du sang en proportions définies à cette solution, on peut déterminer l'indice phagocytique. Chez 32 malades sur 35 atteints de rhume de foins, le sang s'est montré nettement déficient en propriétés lytiques de la solution de pollen par comparaison avec le sang de sujets normaux. Par contre, chez ces malades, le test cutané au *Phleum pratense*, au dactyle, au *Holcus* était positif.

ANDRÉ PLICHET.

A. Mac Laughlin. ***L'hyperalgésie segmentaire associée à l'hémoptysie*** (*British medical journal*, n° 3760, 28 Janvier 1933). — On trouve souvent

associée à une hémoptysie une hyperalgésie segmentaire limitée à un des côtés du thorax, en avant. Cette hyperalgésie ne se rencontre pas chez les tuberculeux cavitaires, car les nerfs du parenchyme pulmonaire sont détruits et l'arc réflexe est aboli. Cette hyperalgésie se rencontre naturellement dans les affections pleurales, mais alors il n'y a pas d'hémoptysie. Quand celle-ci existe en même temps que l'hyperalgésie, il s'agit alors d'une congestion parenchymateuse ou d'une dilatation des bronches à son stade de début, sans destruction de la terminaison des nerfs. Cette hyperalgésie indique également le siège de la lésion. On la rencontre au niveau du 3e et du 4e segment dans les lésions du lobe supérieur, au niveau des 5e, 6e, 7e segments dans les lésions du lobe inférieur.

André Plichet.

E. Telford et **J. Stopford**. ***Résultats de la sympathectomie dans la thrombo-angéite oblitérante*** (*British medical journal*, n° 3761; 4 Février 1933). — T. et S. ont pratiqué plus de 50 sympathectomies dans les maladies suivantes: thrombo-angéite oblitérante, maladie de Raynaud, acrocyanose, poliomyélite antérieure, maladie de Hirschprung et sclérodermie. Dans cet article, ils rapportent 16 cas de thrombo-angéite oblitérante auxquels ils ont enlevé la chaîne du sympathique lombaire et les 2e, 3e et 4e ganglions lombaires des deux côtés, en suivant la technique d'Adson, transpéritonéale, en passant le long du bord droit du cæcum à droite, le long du bord gauche du côlon descendant du côté gauche; chez les sujets obèses, ils suivirent la voie rétropéritonéale postérieure.

Les malades opérés, tous du sexe masculin, étaient âgés de 25 à 62 ans, 3 d'entre eux seulement étaient des Israélites. Ils avaient pour la plupart des professions sédentaires. Ils n'étaient pas de grands fumeurs et un seul présenta un Wassermann positif. Le début de la maladie remontait en moyenne à six années, pendant lesquelles on avait vainement essayé différents traitements: chaleur, électricité, diathermie, injections d'extrait de muscle, de vaccin antityphique, d'acétyl-choline. Les deux membres inférieurs étaient atteints. Il est à remarquer que souvent le membre le premier pris reste par la suite le moins atteint. 7 d'entre eux avaient quelques troubles dans les mains et l'un d'eux fit une maladie de Raynaud typique, trois mois après la sympathectomie lombaire. La plupart avaient des ulcérations trophiques des orteils et quatre, une véritable gangrène.

Immédiatement après l'opération, la température locale du membre s'élève de plusieurs degrés, mais le retour des pulsations ne se fait pas jusqu'à la terminaison des gros troncs nourriciers du membre. On gagne seulement quelques centimètres, mais la sympathectomie produit une vaso-dilatation de tous les capillaires périphériques et active ainsi la nutrition du membre.

En général, les douleurs disparaissent, les ulcérations se réparent et la marche devient possible après l'opération. Même dans les cas où elle n'a pas donné ce qu'on attendait, elle a permis l'amputation à un niveau inférieur. La sympathectomie n'a pas d'action néfaste sur les autres organes, l'innervation sympathique du bassin est assurée par des fibres qui viennent du plexus mésentérique et il semble que cette opération ait un effet régulateur sur les intestins.

Sur les 16 malades observés, il y eut 9 bons résultats, c'est-à-dire que les douleurs avaient disparu et que les malades avaient repris leurs occupations, 3 eurent une amélioration, mais ne purent reprendre leur travail, 4 n'eurent pas d'amélioration et furent amputés.

André Plichet.

L. Davidson. ***Un cas d'anémie pernicieuse avec retour de la sécrétion gastrique après guérison*** (*The British medical journal*, n° 3761, 4 Février 1933). — Il s'agit d'un homme âgé de 39 ans qui passa dix années dans une plantation de thé de l'Inde. Alcoolique, fumeur, sa santé fut en outre altérée par des attaques répétées de paludisme. Un examen de sang montra un certain degré d'anémie (2.190.000 globules rouges) que l'on attribua au paludisme à cause de son passé et de sa splénomégalie. On le traita par le fer et le citrate de soude. Six mois après ce premier examen hématologique, on trouva: 1.250.000 globules rouges, 3 pour 100 d'hémoglobine, 4.375 globules blancs, 1 pour 100 de réticulocytes, 5 pour 100 de mégaloblastes et 6 pour 100 de normoblastes. L'examen du suc gastrique montra à cette époque une anachlorhydrie complète et une absence de pepsine, même dans la sécrétion gastrique à jeun. L'injection d'histamine donnait cependant du suc gastrique et quatre unités de pepsine. On fit un traitement par le foie de poisson, deux tubes par jour. Une crise réticulocytaire s'établit le troisième jour, s'éleva à 18 pour 100 le cinquième jour. Une fois cette réticulocytose bien établie, au douzième jour, on supprima l'extrait de foie de poisson et en dehors du régime ordinaire, le malade ne reçut aucune médication spécifique (foie, poudre d'estomac, fer, arsenic).

En douze jours, le malade doubla son nombre de globules rouges et trente-trois jours après son entrée, le chiffre de ses globules rouges s'élevait à 4.100.000. Trois mois après sa sortie, le chiffre de la chlorhydrie, le taux de pepsine de son suc gastrique étaient normaux. Six mois après les chiffres restaient les mêmes.

André Plichet.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

S. L. Koch et **M. L. Mason** (Chicago). ***Section des nerfs et des tendons de la main; discussion sur leur traitement chirurgical et ses résultats*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. LVI, n° 1, Janvier 1933). — Le travail de K. et M. comporte l'étude des plaies des nerfs et des tendons de la main (face palmaire et face droite) à l'avant-bras, à la main et aux doigts.

Au point de vue des résultats, ils insistent sur la difficulté d'arriver à pouvoir contrôler ceux-ci par suite des multiples facteurs qui interviennent ici. Il y a lieu surtout de tenir un grand compte du facteur temps: on est parfois surpris du résultat obtenu au bout d'un an ou dix-huit mois, alors que l'état du blessé ne laissait rien augurer de bon au bout de quelques mois seulement.

Pour ce qui est du traitement lui-même, K. et M. insistent sur certains points. Tout d'abord, avant d'opérer, il faut procéder à un examen minutieux du blessé pour déterminer le degré et l'étendue des lésions, sans quoi on est exposé à en laisser passer inaperçues au cours de l'intervention, faute de les rechercher.

L'infection étant une cause importante d'échec, à moins d'être raisonnablement certain que la plaie n'est nullement infectée, il vaut mieux la laisser se cicatriser à ciel ouvert ou après suture lâche que de risquer par une intervention immédiate d'ouvrir largement les espaces cellulaires et de disséminer loin une infection virulente.

Que l'opération soit faite primitivement ou secondairement, tous les efforts doivent tendre à assurer la guérison par première intention, car rien dans le traitement ne peut compenser l'infection de la plaie.

Au point de vue technique, K. et M. insistent sur une série de points: délicatesse dans la manipulation des tissus, affrontement soigneux des bouts des tendons, affrontement bout à bout des extrémités saines des nerfs, utilisation d'un fin matériel de suture; enfin, travail dans un champ opératoire ischémié pour n'être pas gêné par le sang.

M. Guibé.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

A. Rice Rich. ***Sur l'étiologie et la pathogénie de la coqueluche*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LI, n° 6, Décembre 1932). — Si de nombreux auteurs ont trouvé le bacille de Bordet-Gengou dans une grande proportion des cas, au début de la coqueluche, d'autres ont été moins heureux pour démontrer sa présence constante et on n'a jamais pu reproduire expérimentalement chez l'animal d'une façon satisfaisante la coqueluche au moyen du bacille de Bordet-Gengou.

La situation des bacilles de Bordet-Gengou au niveau des cils vibratiles des cellules de l'arbre respiratoire supérieur ne constitue pas un argument en faveur du rôle pathogène de ce germe; R. a trouvé à la suite de complications pulmonaires de la grippe épidémique ou de la rougeole le « bacille de l'influenza » (?) exactement dans la même position.

Dans 3 cas de coqueluche non compliquée, il a trouvé des corpuscules ronds, se colorant fortement par la fuchsine, inclus dans les noyaux des cellules alvéolaires du poumon, augmentés de volume. Ces inclusions nucléaires et l'absence d'infiltration mononucléaire interstitielle au niveau des parois bronchiques font plus songer à des lésions provoquées par un virus invisible qu'à des lésions microbiennes.

R. admet qu'un virus filtrable joue un rôle dans l'étiologie de la coqueluche, produisant un catarrhe respiratoire et favorisant l'infection secondaire du bacille de Bordet-Gengou et du « bacille de l'influenza ».

Robert Clément.

CLUJUL MÉDICAL (Cluj, Roumanie)

Hermann Roth. ***Contributions au traitement chirurgical de l'ulcère peptique gastrique et duodénal*** (*Clujul Medical*, t. XIII, n° 7, 1er Juillet 1932). — R. rapporte une statistique de 300 cas d'ulcus gastriques et duodénaux opérés en dix ans. Le diagnostic radiologique est indispensable mais l'anamnèse fournit des renseignements précieux. Les symptômes subjectifs, le syndrome pylorique, l'apparition et la disparition des phénomènes pathologiques constituent un tableau clinique précis qui permet d'établir souvent un diagnostic quasi certain. Les vomissements ne sont pas pathognomoniques, car ils peuvent être dus à une gastrite de l'antre. L'examen du chimisme gastrique a de la valeur mais on peut trouver une acidité normale et même une hypoacidité. R. a trouvé 6 cas sur 100 avec anacidité. L'intervention chirurgicale est nécessaire dans les cas suivants:

a) en cas de perforation dans la cavité abdominale.

b) En cas d'hémorragies fréquentes qui menacent l'état du malade par l'anémie secondaire.

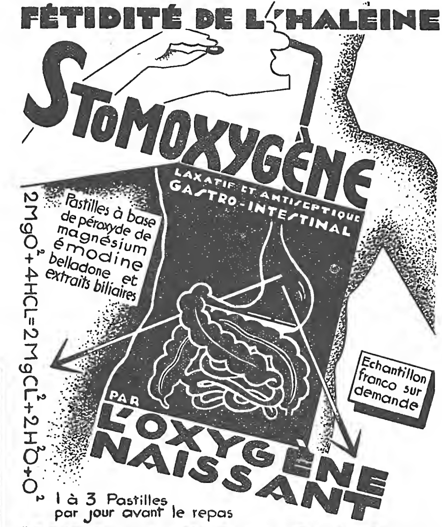
c) En cas d'ulcus calleux ou pénétrant, résistant au traitement interne.

d) En cas de sténose pylorique cicatricielle ou d'estomac biloculaire.

Enfin, l'intervention est indiquée dans tous les cas où le traitement médicamenteux échoue, ou après récidive par ce traitement. Einhorn, de New-



ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
Cas aigus : 4 à 5 pilules par jour pendant 5 jours.
Dose préventive : 2 pilules par jour pendant 15 jours.
ANTISPASMODIQUE PUISSANT · SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES - PLEURÉSIE
Dose diurogène : 3 à 4 cachets par jour pendant 5 jours.
Dose diurotonique : 1 a 2 cachets par jour pendant 10 jours.
CONTRE TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
Dose forte : 2 à 3 cachets par jour pendant 10 jours
Dose cardiotonique : 1 cachet par jour pendant 20 jours.
ACTION IMMÉDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
Cas aigus : 5 cachets par jour pendant 6 jours.
Cure de diurèse : 2 cachets par jour pendant 15 jours.
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L. BOIZE ET G. ALLIOT
9, AVENUE JEAN JAURÈS LYON 7e



FÉTIDITÉ DE L'HALEINE
STOMOXYGÈNE
LAXATIF ET ANTISEPTIQUE GASTRO-INTESTINAL
Pastilles à base de péroxyde de magnésium émodine belladone et extraits biliaires
2MgO2+4HCL=2MgCL2+2H2O+O2
PAR L'OXYGÈNE NAISSANT
Echantillon franco sur demande
1 à 3 Pastilles par jour avant le repas
LABORATOIRES S.E.B.I.C. St QUENTIN (AISNE)

York, a introduit l'alimentation duodénale par voie nasale. Mais la sonde restant plusieurs semaines peut provoquer des ulcérations mécaniques.

R. préfère la résection dans les cas d'ulcère gastrique et la gastroentérostomie dans l'ulcère pylorique. La méthode de choix actuelle serait la résection.

Henri Krauter.

V. Baroni, O. Comsia. ***Influence du chlorure d'ammonium sur l'évolution du sarcome expérimental*** (*Clujul Medical*, t. XIII, n° 12, 1er Décembre 1932). — Plusieurs expérimentateurs ont observé qu'il existe dans le cancer humain un déplacement du pH sanguin vers l'alcalose. On a émis l'opinion que l'on peut influencer l'évolution des tumeurs en changeant les réactions humorales dans le sens de l'acidité. Linton et Poindexter ont montré dans leur travail : « Artificiel acidosis in Trypanosoma Lewisi Infections » qu'on peut changer la réserve alcaline du sang des rats par l'injection intra-péritonéale de chlorure d'ammonium à 2 pour 100. On injecte à deux ou trois reprises, de court intervalle, 0 cmc 25 de chlorure d'ammonium.

B. et C., appliquant le principe énoncé plus haut, ont expérimenté sur deux lots de rats greffés avec le sarcome de Jensen. Ils ont eu 60 pour 100 de guérisons par les injections de chlorure d'ammonium. Ils ont eu un tiers de guérisons dans le cas des animaux traités par injection sous-cutanée; tous les cas traités par injection intra-péritonéale ont guéri sans exception.

Tous les animaux guéris se sont montré réfractaires à une greffe ultérieure de sarcome. B. et C. croit qu'il est possible d'influencer le développement des tumeurs par un traitement provoquant l'abaissement de la réserve alcaline qui établirait par un mécanisme inconnu une immunité définitive.

Henri Krauter.

L. Popp. ***Sur les diverticules œsophagiens en rapport avec quelques cas concluants*** (*Clujul Medical*, t. XIII, n° 12, 1er Décembre 1932). — Les ectasies de la paroi œsophagienne se divisent en trois groupes :

1° Les diverticules de traction de Rokitansky.
2° Les diverticules fonctionnels de Bavoony.
3° Les diverticules de pulsion de Zenker.

Les diverticules de traction sont dus aux processus adhésifs des ganglions para-œsophagiens, enflammés chroniquement ; ces adénopathies sont souvent d'origine bacillaire. Aux rayons X, les diverticules de traction se présentent en dent de scie. Ils ne provoquent pas de signes subjectifs, ou très rarement.

Les diverticules fonctionnels sont des ectasies dues à l'atonie de la paroi; souvent multiples, Barsony les attribue à un trouble fonctionnel du vague, qui serait d'ordre réflexe.

Les diverticules de pulsion sont les plus importants. On distingue le diverticule de Zenker et de l'œsophage proprement dit.

Le diverticule de Zenker est la hernie de la paroi postéro-inférieure de l'hypopharynx. Chez ces malades, le bol alimentaire ne progresse pas. Ils doivent avaler plusieurs fois pour que cette sensation disparaisse. Parfois, ils accusent une toux rebelle par irritation laryngée. Le diagnostic en est fait par la radio. L'image du diverticule a des contours réguliers, nets, tandis que le néoplasme œsophagien présente des contours irréguliers, flous. Les diverticules de l'œsophage, proprement dits, sont plus rares que les diverticules de Zenker. Ils se situent très bas, près du diaphragme. Ils s'accompagnent fréquemment de spasmes.

P. rapporte 4 cas dont 2 diverticules de Zenker, un diverticule de l'œsophage proprement dit. Le quatrième était un diverticule de pulsion qui disparut par le traitement de l'hyperchlorhydrie.

Henri Krauter.

E. Phleps. ***Les sténoses œsophagiennes compliquant la scarlatine*** (*Clujul Medical*, t. XIII, n° 12, 1er Décembre 1932). — P. a observé un cas de cette complication extrêmement rare de la scarlatine. Le début se fait par des ulcérations. Les localisations sont plus fréquentes dans la partie inférieure de l'œsophage. Quand le malade survit, car l'infection est toujours grave, la guérison se produit par la formation d'un tissu granuleux qui forme une sténose cicatricielle.

L'auteur rapporte 13 observations de cette curieuse complication. La radioscopie, après ingestion de baryum et l'œsophagoscopie permettent de situer les lésions. Le traitement par la papavérine et les dilatations donnent les meilleurs résultats.

Henri Krauter.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Grober. ***Le café dans les exercices physiques*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 4, 28 Janvier 1933). — Il est important, pour le médecin de sports, de savoir dans quelle mesure le café peut être utilisé pour donner des forces et lesquels parmi ses éléments sont les plus actifs. Pour étudier cette question G. a procédé à une série d'expériences chez 4 sujets âgés l'un de 57 ans et les autres de 22 à 29 ans. L'exercice a consisté à faire 20 ou 30 flexions des genoux en un temps qui a varié, pour chaque flexion, de 1,80 à 2,46 secondes. Le travail ainsi fourni a pu être calculé et a varié, pour 20 flexions, de 630 à 822 kilogrammètres-seconde.

D'un autre côté, il a été utilisé deux sortes de café, l'un à 30 fr. le kilogr. et l'autre représenté par un café débarrassé de caféotoxine, substance sur laquelle Burman a attiré l'attention mais qui semble assez mal caractérisée au point de vue pharmaco-dynamique. On a ainsi étudié les effets du café pris avant ou après l'épreuve à une dose allant de 20 à 40 gr., sur la pression du sang et sur le pouls.

Avec une dose de 20 gr., il n'a pas été constaté de modification appréciable. C'est avec une dose de 30 gr. que les effets commencent à se faire sentir. D'une façon générale, on a constaté que le café fait augmenter plus rapidement les pressions et le pouls. Sous l'influence de ces boissons, le pouls revient plus vite à la normale. En somme, la circulation est soumise à un travail plus énergique dont l'influence sur son usure ne doit pas être sans signification. Il n'y a pas eu de différence à ce point de vue entre le café ordinaire et le café dépourvu de caféotoxine. Le café ne doit donc pas être conseillé comme excitant dans les performances sportives. Néanmoins, les effets durables d'une boisson contenant de la caféine, dans les états d'épuisement sévère accompagnés de faiblesse cardiaque et observés pendant le sport ou autrement, peuvent être utiles.

P.-E. Morhardt.

ACTA RADIOLOGICA
(Stockholm)

Torleif Dale. ***La valeur de l'examen radiologique dans le diagnostic des affections pulmonaires. Etude comparée anatomo-radiologique*** (*Acta Radiologica, Supplément* XVI, Stockholm). — D. s'est proposé de répondre à la question suivante: parmi les lésions constatées à l'autopsie, quelles seront celles qui sont décelées par l'examen radiologique et celles qui échappent à cet examen ?

Après un exposé complet des données de la littérature, des divers procédés employés pour l'étude des rapports entre l'anatomie pathologique et l'examen radiologique, l'auteur étudie l'importance comparée des vaisseaux et de l'arbre bronchique pour l'interprétation de l'image radiologique normale.

Comme technique, D. emploie l'injection intraveineuse de 50 à 100 cmc d'une solution à 40 pour 100 d'abrodil. Il prend un cliché avant et à la fin de l'injection, sans changer la position du malade et en inspiration forcée. L'auteur n'a jamais noté de troubles à la suite de ces injections. Comme conclusion de ces recherches, D. déclare que les images hilaires sont des images vasculaires, et que l'on ne doit pas parler d'images hilaires normales, mais d'images vasculaires normales du hile. L'image vasculaire normale peut être modifiée par des images pathologiques superposées. L'auteur termine cette première partie en cherchant la technique la plus favorable pour mettre en évidence les exsudats interlobaires.

Dans la deuxième partie, D. compare les résultats des examens radiologiques pulmonaires faits pendant la vie et après la mort (poumons en place ; poumons extirpés et insufflés. Stéréographies).

En dehors de la tuberculose miliaire, il est très souvent impossible de poser un diagnostic spécifique de tuberculose, et même de différencier les diverses formes de tuberculose pulmonaire.

Des cavernes, même de grosses dimensions, peuvent passer inaperçues par suite d'induration péri-cavitaire.

Au voisinage des bulles d'emphysème sous-pleural, il existe une zone d'alvéoles comprimées ; cette zone donne des images annulaires.

Des tissus tuberculeux caséifiés, entourés d'une zone de tissus de granulation, absorbent moins de rayons que ce dernier, et apparaissent sur l'image radiologique, comme un espace clair entouré d'une bordure plus ou moins irrégulière.

Au cours de la tuberculose miliaire, les ombres pathologiques sont plus petites sur les clichés tirés pendant la vie que *post mortem* ; les ombres sont dues non seulement aux tubercules, mais aussi à la zone d'hyperhémie qui les entoure.

Chez les enfants, le foyer de primo-infection ne peut être décelé avec certitude radiologiquement, quand il n'existe pas de contrôle anatomique.

Il est très difficile de différencier, surtout chez les enfants, les images de broncho-pneumonie, des lésions tuberculeuses.

Les hémorragies sous-pleurales et intra-parenchymateuses, dans les cas de leucémies et septicémies, donnent des ombres nettes.

Ce travail se termine par une bibliographie importante et une intéressante série de clichés radiographiques.

J. Dieryck.

NORSK MAGASIN FOR LŒGEVIDENSKAPEN
(Upsala)

Niels Danbolt. ***La culture du bacille de Koch des tissus, spécialement du lupus vulgaris*** (*Norsk magasin for lægevidenskapen*, n° 1, Janvier 1933). — Au moyen de la méthode de Lœwenstein, D. a cultivé le bacille de Koch des tissus de 36 patients atteints de lupus vulgaris. Il a pu obtenir cette culture chez 34 d'entre eux. Puis il a essayé de cultiver, suivant la même méthode, le bacille de Koch dans les tissus de quelques sujets atteints de tuberculides. Il en a utilisé 16 cas, mais les essais ont été négatifs.

D. a l'impression que la méthode de Lœwenstein est préférable à l'inoculation, parce que moins chère, plus facile à réaliser à l'hôpital, et plus rapide. D'ailleurs D. pense qu'il existe des races de bacilles tuberculeux qui sont pathogènes pour l'homme, mais non pour le cobaye.

La méthode de Lœwenstein est donc très importante au point de vue diagnostique dermatologique.

P. Jacobsen.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

A. B. Marfan. ***Sur le rachitisme. Les découvertes récentes et leur interprétation*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVI, n° 7, 25 Janvier 1933). — M. cherche à concilier la théorie infectieuse du rachitisme à laquelle il demeure fidèle, avec les acquisitions récentes du rachitisme expérimental et de la thérapeutique de cette affection par les rayons ultra-violets et l'ergostérol irradié.

Le rachitisme n'est pas uniquement une maladie des os, il y a en outre intumescence hyperplasique des organes lymphoïdes (polyadénie, hypertrophie des amygdales, surtout de la pharyngée, de la rate, du thymus, etc.); anémie, qui appartient au groupe des anémies toxi-infectieuses communes, hypotonie; l'ensemble constitue un syndrome, qu'il vaudrait mieux appeler ostéo-lymphatisme que rachitisme. Les causes les plus fréquentes du rachitisme sont les infections ou intoxications suffisamment sérieuses et prolongées qui agissent à la période de croissance des os, c'est-à-dire de la vie fœtale à 18 ans. La syphilis congénitale, la tuberculose à marche lente, les broncho-pneumonies prolongées ou à rechutes, les infections cutanées durables, la diphtérie chronique des fosses nasales, le paludisme, les intoxications chroniques, surtout les auto-intoxications dues à une alimentation défectueuse, mais aussi les intoxications exogènes sont les causes efficientes du rachitisme que l'on rencontre le plus souvent. La carence de rayons solaires, le défaut d'aération, l'hérédité sont des facteurs prédisposants.

Le rachitisme peut s'observer chez des enfants qui vivent dans des appartements suffisamment éclairés; l'influence saisonnière ne paraît pas évidente.

Les lésions rachitiques des os consistent dans une prolifération de la moelle osseuse, une prolifération désordonnée du cartilage de conjugaison qui est envahi par des vaisseaux et par une production parfois excessive d'un tissu incomplètement ou non calcifié. L'appauvrissement en chaux n'est que l'aboutissant d'un processus nettement irritatif. L'hypophosphatémie est habituelle dans le rachitisme, mais elle peut faire défaut, son degré n'est pas en rapport avec la sévérité du rachitisme. La nutrition de l'os rachitique est troublée de telle sorte que sa capacité de fixer les minéraux nécessaires à son édification est diminuée ou supprimée.

Le rachitisme expérimental du rat est différent du rachitisme humain. Les rayons ultra-violets et l'ergostérol activé par ces rayons agissent par leur pouvoir calcifiant, mais surtout en protégeant la cellule cartilagineuse du jeune enfant contre les infections et les intoxications.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

L. Périn. ***L'herpès récidivant*** (*Paris Médical*, t. XXIII, n° 3, 21 Janvier 1933). — L'herpès récidivant proprement dit est celui qui se manifeste périodiquement, sans cause apparente, sur un territoire à peu près fixe (cela élimine les herpès secondaires ou provoqués, ou les poussées successives dans des territoires différents). Il peut se produire au cours de l'évolution des poussées éruptives frustes se caractérisant uniquement par des taches rouges ou des poussées d'œdème local. L'herpès s'accompagne en général de phénomènes douloureux qui peuvent se manifester en dehors de toute éruption; les signes généraux font le plus souvent défaut. L'herpès récidivant est surtout fréquent au niveau des organes génitaux, à la face, au niveau des mains et des doigts.

Les réactions biologiques de l'herpès récidivant sont les mêmes que celles de l'herpès en général; l'exaltation de la virulence à des périodes déterminées se fait sous l'influence de causes les plus diverses. La localisation constante des poussées herpétiques dans un territoire limité est considérée comme une manifestation du microbisme latent, mais on est mal fixé sur le siège exact qui sert de refuge au virus dans l'intervalle des crises, on ne le retrouve pas dans l'épiderme, on en est réduit aux hypothèses pour savoir s'il survit dans le derme ou dans une partie du système nerveux périphérique ou central.

Le traitement est décevant et aucune thérapeutique n'est capable de donner à coup sûr des effets favorables; aussi quand une méthode échoue, faut-il en essayer une autre sans se laisser rebuter par le caractère rebelle de l'affection. La radiothérapie locale ou rachidienne, les rayons U. V, l'auto-hémothérapie, le mercure, le bismuth ont été employés avec des résultats variables.

Robert Clément.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

Luis Morquio et Pedro Cantonnet Blanch (Montevideo). ***Hémoptysie tuberculeuse de l'enfant*** (*Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, t. IV, n° 1, Janvier 1933). — Naguère, en Uruguay, l'apparition d'une hémoptysie chez un enfant en bon état général devait immédiatement faire penser à un kyste hydatique pulmonaire. Aujourd'hui, avec l'extension actuelle prise par la tuberculose en Uruguay, il faut tout aussi bien penser à une hémoptysie tuberculeuse. M. et C. B. en relatent 17 observations, recueillies aux diverses étapes évolutives de la tuberculose: 2 concernent des hémoptysies menstruelles, dont l'une coïncida avec une poussée évolutive au moment de la première menstruation. Les cas rapportés ont trait à 14 fillettes et 3 garçons. La collapsothérapie médicale a donné d'excellents résultats, associée dans un cas à la phrénicectomie.

L. Rivet.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

H. Baruk. ***Epilepsie et troubles de la pensée intérieure. La pensée parlée et le syndrome paranoïde d'origine comitiale*** (*Annales médico-psychologiques*, 14e Série, XCIe année, t. I, Janvier 1933). — Dans cet intéressant article, B. étudie les troubles de la pensée intérieure au cours des accidents comitiaux.

Si toute pensée est intérieure, il convient cependant de distinguer la pensée volontaire et dirigée des sujets sains, et celle des états pathologiques où la pensée intérieure devient incoercible, comme dans les névroses et les psychoses, et aussi dans l'épilepsie.

Signalons d'abord l'idée obsédante qui s'impose si fréquemment aux comitiaux au moment de l'aura.

Le mentisme et le déroulement incoercible du courant de la pensée peuvent également s'observer au cours de la crise épileptique.

Dans les prodromes, ou au cours des paroxysmes épileptiques, B. a également observé des troubles plus accusés réalisant le tableau de l'automatisme mental et de l'hallucination psychique. Le fait est d'autant plus intéressant qu'il se produisait chez une malade dont les accidents comitiaux dépendaient d'un néoplasme intracranien.

Le syndrome de la pensée parlée peut également exister chez les comitiaux.

Enfin, B. rapporte des faits de syndromes paranoïdes épileptiques.

L'existence de ces troubles de la pensée intérieure chez les épileptiques montre donc qu'on peut les observer en dehors des psychoses, qu'ils peuvent relever d'affections organiques du névraxe, qu'il existe des relations étroites entre le fonctionnement cérébral et le mécanisme intime de la pensée.

De plus, l'expérience montre que ces perturbations psychologiques fines ne s'observent habituellement que dans les formes frustes ou larvées de l'épilepsie.

H. Schaeffer.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE. (Paris)

N. Fiessinger. ***Le couple spléno-hépatique et son intervention dans le déterminisme des ictères*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. VII, n° 5, Octobre 1932). — Le rôle respectif du foie et de la rate dans la production des ictères est un problème toujours controversé. L'ictère hépatique est-il le fait d'une simple rétention, ou d'un véritable trouble de la fonction de l'organe par un mécanisme encore mal connu (effraction trabéculaire, dépolarisation de la cellule)? F. et ses collaborateurs ont tenté d'élucider la question par des recherches expérimentales sur le chien. Ils ont pratiqué l'hépatectomie totale, reprenant ainsi l'expérience princeps de Mann et Magath, qui sert de base à certains auteurs pour nier la fonction bilirubigénique du foie. Mais ils ont pratiqué cette intervention, en évitant de produire une hypertension portale et de créer des foyers de biligénie hémolytique. Il se produit ainsi, après hépatectomie totale, une bilirubinémie avec bilirubinurie, mais la réaction d'Hymans van den Bergh est indirecte et retardée. L'ictère est minime et reste uniquement pigmentaire. La contre-épreuve a consisté à étudier l'ictère des chiens à foie présent, après ligatures des voies biliaires et réinjection de la bile. Cet ictère est plus rapidement progressif; en outre, il est total, et porte sur les pigments, les sels et le cholestérol. Si on rapproche de ces faits les constatations de certains auteurs, montrant que les ictères par hémolyse ou hépatolyse sont plus intenses chez les animaux à foie présent, il semble bien que la cellule hépatique joue un rôle de premier plan dans la formation biliaire.

D'autre part, les essais d'écrasement de la rate et des expériences variées ont montré que ce dernier organe possède une fonction bilirubigénique. Elle permet de comprendre l'ictère des hépatectomisés. La splénectomie surajoutée à l'hépatectomie paraît empêcher la production de la bilirubine. Ce fait toutefois n'est pas constant, car il semble qu'il y ait encore d'autres foyers de bilirubigenèse. F. conclut qu'un couplage rate-foie semble jouer dans le déterminisme de l'ictère, comme il l'a déjà montré pour les fonctions chromagogues. La rate, organe d'hémolyse, envoie au foie des débris globulaires et un peu de bilirubine, véritable bilirubine dissimulée, ne donnant qu'une

réaction indirecte et retardée d'H. Van den Bergh. Le foie transformerait d'une part cette bilirubine en bilirubine vraie ou franche, et produirait, d'autre part, cette dernière d'une façon autonome. La rate apporterait le matériel et un début d'élaboration que la cellule hépatique termine en conservant le rôle de beaucoup le plus important dans la biligenèse.

A. Escalier.

LYON MÉDICAL

L.-M. Bonnet. ***Urticaire par le froid chez un sujet présentant une anidrose totale*** (*Lyon Médical*, t. CLI, n° 2, 8 Janvier 1933). — Chez un boulanger de 32 ans, B. a eu l'occasion d'observer la juxtaposition de 2 symptômes: une urticaire provoquée par le froid et une anidrose. Le début eut lieu en Avril, après une journée de repos relatif, par des douleurs rhumatoïdes qui durèrent douze jours; au cours de la deuxième poussée douloureuse, survenue un mois après la première, apparurent les phénomènes cutanés. Si le malade reste au lit, l'urticaire ne se produit pas, s'il se lève dans une pièce qui n'est pas très chaude, il ressent un prurit généralisé puis, au bout d'une heure, une éruption apparaît en même temps sur tout le corps, d'autant plus intense que le malade a été exposé à une température plus froide. Si le malade se couche dans un lit tiède, l'éruption met deux à trois heures à disparaître complètement. Peu avant le début des accidents la sudation s'est complètement arrêtée, la pilocarpine, les bains de vapeur de Bourbon-Lancy ne réussissent pas à la provoquer. Pas de dermographisme, température normale, urines normales. L'année suivante, une poussée de rhumatisme articulaire typique survint et régressa avec le salicylate de soude.

L'urticaire tout à fait typique n'était pas strictement limitée aux régions refroidies; les fortes poussées s'accompagnent d'un œdème considérable de la face et des mains. Il est bien difficile d'assimiler à la véritable anaphylaxie la provocation d'urticaire par un agent physique tel que le froid. Il est vraisemblable que le système nerveux vaso-moteur joue un rôle important dans l'urticaire par le froid; l'abaissement de température ne doit pas agir simplement par une excitation directe des terminaisons vaso-motrices, il est probable que le phénomène est plus complexe. On a émis l'hypothèse de l'existence, chez les sujets hypersensibles au froid, d'anticorps, et de la formation, sous l'influence de la réfrigération, d'antigènes qui créeraient une réaction allergique.

Robert Clément.

L.-M. Bonnet. ***Urticaire par le froid chez un sujet présentant une anidrose totale*** (*suite et fin*) [*Lyon Médical*, t. CLI, n° 3, 15 Janvier 1933]. — L'anidrose simple, indépendante de toute altération de la peau, est extrêmement rare.

Contrairement à la logique, l'absence de sécrétion sudorale n'entraînait aucune conséquence apparente; il n'y avait aucun indice de gêne dans le mécanisme du refroidissement. A l'état habituel la température de cet homme était plutôt subnormale, ce qui est paradoxal; les bains de vapeur n'élevaient pas plus sa température que celle d'un sujet normal. Le volume et la composition des urines étaient physiologiques.

L'absence de lésions anatomiques de la peau et d'altérations graves de l'état général fait supposer un simple trouble nerveux, soit des centres sudoraux, soit des terminaisons intra-cutanées des filets sudoripares. L'absence de réaction à la pilocarpine semble en faveur de la localisation périphérique du trouble; mais il s'agit là d'une simple hypothèse et la pathogénie de cette anidrose reste obscure.

L'urticaire par le froid et l'anidrose ne semblent pas dépendre l'une de l'autre; il y a probablement coïncidence fortuite ou, plus probablement, un facteur commun. A première vue, on songe à invoquer un trouble de l'appareil nerveux vago-sympathique; les filets vaso-moteurs et les filets sudoraux du sympathique sont distincts physiologiquement, mais on conçoit la possibilité de lésions ou de substances agissant sur les deux sortes de filets d'un même nerf.

Robert Clément.

M.-L. Gallavardin. ***Les syncopes d'effort*** (*Lyon Médical*, t. CLI, n° 8, 19 Février 1933). — A côté des défaillances ou des lipothymies survenant à la suite de l'effort, il existe des syncopes franches et complètes, brèves comme celles qui accompagnent le syndrome Stokes-Adams.

Les syncopes d'effort peuvent être observées au cours d'accès angineux typiques ou atypiques, plus exceptionnellement au cours d'accès angineux frustes ou d'un simple essoufflement d'effort; enfin, elles peuvent être solitaires, se produisant en dehors de tout accès angineux, comme de tout essoufflement, annoncées tout au plus par une légère aura épigastrique ou quelques troubles céphaliques.

Bien que les syncopes d'effort puissent apparaître dans des cardiopathies variées, parfois même minimes ou latentes, on trouve dans la majorité des cas, comme cause favorisante, un syndrome angineux d'effort ou, comme chez 4 malades de G., un rétrécissement aortique.

Le mécanisme de production de ces syncopes varie suivant les sujets, mais il est certainement d'ordre cardiaque. Il s'agit le plus souvent d'un trouble du rythme aboutissant ou équivalant à l'arrêt ventriculaire (inhibition totale d'ordre sinusal, fibrillation ventriculaire transitoire ou plus probablement brusque blocage auriculo-ventriculaire, facilité par des troubles évidents ou latents de la conduction dépendant de lésions coronariennes ou aortiques). Plus rarement, on peut invoquer un brusque affaissement de l'action ventriculaire sans trouble du rythme, soit par faiblesse subite de la contraction myocardique, soit par réplétion insuffisante du ventricule. Dans ces 2 hypothèses, on conçoit que l'existence d'un rétrécissement aortique réalise une cause prédisposante importante.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST (Nancy)

L. Mathieu et G. Grandpierre. ***Névrite sciatique par oblitération de l'artère du grand sciatique*** (*Revue Médicale de l'Est*, t. LXI, n° 1, 1er Janvier 1933). — Chez un homme de 58 ans, une injection intra-fessière de bismuth est suivie, quelques minutes après, de douleurs extrêmement vives qui immobilisent le malade. Tout le cadran supéro-externe de la fesse se tuméfie et prend un aspect ecchymotique. Des douleurs intolérables, empêchant tout repos, persistent pendant quarante-huit heures; à ce moment, on constate qu'il existe des douleurs irradiées dans la face postérieure de la cuisse et de la jambe, une impotence du pied droit et une anesthésie douloureuse limitée au territoire du sciatique.

M. et G. ont posé le diagnostic d'embolie bismuthique de l'artère fessière et considèrent la névrite sciatique comme une complication immédiate de l'embolie artérielle.

En comparant cette observation à 2 autres, publiées antérieurement, on peut préciser le tableau clinique de la névrite sciatique consécutive à l'oblitération de l'artère du grand sciatique: il est constitué par des douleurs vives à début brutal, spontanées avec exacerbation en éclairs, réveillées par les mouvements et la pression sur le trajet du nerf, siégeant à la face postérieure de la cuisse, dans le mollet et le pied; une anesthésie superficielle douloureuse prédominante à la face externe de la jambe et sur le dos du pied; une atteinte de la sensibilité profonde de l'articulation du pied; l'impotence des mouvements du pied et des orteils avec prédominance sur les extenseurs; une abolition des réflexes achilléens et médio-plantaires avec intégrité des réflexes péroniers et tibial supérieur; une vaso-dilatation artérielle, capillaire et veineuse se traduisant par l'augmentation de l'indice oscillométrique, la teinte violacée du membre inférieur au-dessous du genou, la saillie considérable des troncs veineux et variqueux.

Dans ce syndrome, il faut noter la prédominance, sinon l'exclusivité, des troubles dans le domaine du sciatique poplité externe, l'intensité des troubles vaso-moteurs, la durée pendant plusieurs mois du syndrome sensitivo-moteur.

Ces particularités, qui se retrouvent dans les paralysies sciatiques consécutives à la réduction de la luxation congénitale de la hanche, sont en faveur de la pathogénie vasculaire de cette affection.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin, Vienne et Munich)

S. Dietrich et H. Schwiegk. ***Le problème de la douleur dans l'angine de poitrine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 4, 28 Janvier 1933). — Jusqu'ici, on n'est pas parvenu à bien déterminer la cause de la douleur dans l'angine de poitrine. On a accusé un spasme des coronaires ou encore une dilatation de ces vaisseaux en amont d'un rétrécissement, une dilatation de l'origine de l'aorte, un spasme du muscle cardiaque lui-même, etc. Néanmoins, des travaux récents ont montré que l'irrigation réalisée par les coronaires est en relations étroites avec la capacité fonctionnelle du cœur et on est ainsi amené à admettre que l'angine a pour origine l'ischémie du myocarde.

Mais pour confirmer cette hypothèse, il faut arriver à déterminer si pendant l'accès d'angine de poitrine il y a insuffisance d'irrigation du muscle cardiaque. On sait effectivement, que l'occlusion des coronaires détermine des modifications de l'électrocardiogramme. D'autre part, dans l'accès d'angine de poitrine on a constaté des modifications et généralement une dépression de l'intervalle S-T. En même temps, l'onde T est trouvée élevée et aiguë. Ces constatations ont pu être confirmées par D. et S. chez 4 malades examinés pendant l'accès d'angine de poitrine.

D'un autre côté, pour apprécier l'irrigation des coronaires, il faut la mettre en rapport avec le fonctionnement du cœur. Cette irrigation ne peut jamais être que relative. Il s'agit effectivement de savoir si dans une circonstance donnée, le muscle cardiaque est alimenté par une quantité suffisante de sang et d'oxygène. Dès que cette alimentation est devenue suffisante, l'intervalle S-T s'abaisse. En même temps, l'onde T s'accuse et devient aiguë. Ce dernier fait a déjà été constaté au cours de l'asphyxie.

Mais D. et S. ont cherché surtout, dans leurs expériences, à réaliser une diminution bien dosable de la tension de O^2, soit en mettant leurs malades dans une chambre où la pression était artificiellement abaissée, soit en leur faisant respirer une atmosphère pauvre en oxygène (8 pour 100). En abaissant la pression atmosphérique à 350 mm. (6.200 mètres d'altitude), on a constaté les modifications caractérisées par le fait que l'onde T devient négative dans la troisième dérivation. A 280 mm. de mercure, l'intervalle S-T est devenu négatif. Ces modifications ne s'observent pas sous l'influence de CO^2, du travail ou de l'atropine.

En faisant respirer un mélange pauvre en oxygène (8 pour 100), on observe des modifications analogues. Ces expériences, poursuivies chez 15 su-

jets normaux, semblent donc montrer que dans l'accès d'angine de poitrine il y a bien insuffisance d'oxygène dans le muscle cardiaque. En reprenant leurs recherches chez 7 sujets atteints d'accès vraiment caractéristiques d'angine de poitrine, D. et S. ont constaté notamment que la respiration dans une atmosphère contenant 8 pour 100 d'oxygène détermine des douleurs typiques. En même temps, on constate un abaissement de l'intervalle S-T au-dessous de la ligne isoélectrique tandis que l'onde T devient aiguë et positive dans la troisième dérivation et disparaît complètement au bout de huit minutes dans la première dérivation. A ce moment, la dépression de S-T atteint un degré qui n'a jamais été observé chez des sujets sains, sous l'influence du manque d'oxygène.

Dans ces conditions, on peut à peine mettre en doute que dans l'angine de poitrine il n'y ait ischémie du myocarde et que les modifications de l'électrocardiogramme ne soient dues précisément à ce phénomène. Il n'y a d'ailleurs pas de spasme des coronaires car la nitroglycérine ne supprime pas la douleur artificiellement provoquée.

En outre, il a été constaté chez ces sujets, soit au point de vue de la douleur, soit au point de vue de l'électrocardiogramme, les mêmes phénomènes que lorsque le cœur est privé d'oxygène. En somme les théories d'après lesquelles les douleurs de l'angine de poitrine proviennent de l'origine de l'aorte ne peuvent être admises.

Cependant, il y a lieu de noter que l'ischémie du myocarde peut se produire de diverses manières. Chez certains malades, il y avait altération des coronaires, suffisante pour diminuer l'irrigation en cas de travail physique. Alors les accès spontanés étaient coupés par la trinitrine, de sorte qu'il fallait admettre l'existence d'un spasme des coronaires. Quand il s'agit de coronaires anatomiquement normales, un réflexe peut survenir pour faire apparaître cette insuffisance d'irrigation. Il en serait ainsi dans la hernie diaphragmatique comme l'ont montré des expériences de dilatation de l'œsophage. Enfin, ces expériences expliquent que l'angine de poitrine s'observe souvent à l'altitude et dans les lésions mitrales.

P.-E. Morhardt.

P. Liebesny, H. Wertheim et H. Scholz. ***Modifications de la croissance des microorganismes par les irradiations de courte longueur d'onde*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 4, 28 Janvier 1933). — L. et ses collaborateurs ont cherché si l'irradiation des microorganismes pathogènes par des rayons de courte longueur d'onde provoque une destruction, une inhibition ou, au contraire, une accélération de la croissance. Ils ont naturellement éliminé tous les autres facteurs et notamment les modifications de température.

Il a été ainsi constaté que l'irradiation avec des rayons de 15 m. de longueur d'onde, à des doses utilisables en thérapeutique, détermine, dans 10 cas sur 16, une forte inhibition de la croissance, dans 4 cas une inhibition nette, dans un cas une stimulation de la croissance et dans un dernier cas reste sans effet. Dans les mêmes expériences faites avec divers champignons (levures, actinomycoses), on constate en général une forte stimulation de la croissance (7 fois sur 9).

Les effets ainsi constatés sur les divers microorganismes doivent être considérés comme spécifiques. Il est donc nécessaire d'étudier à ce point de vue la réaction des principaux microorganismes pathogènes. Notamment, on doit rechercher s'il est possible d'inhiber, par certaines longueurs d'onde, le développement des microorganismes qui est favorisé par d'autres longueurs d'onde.

Effectivement, au point de vue clinique, on ne peut utiliser ces irradiations de courte longueur d'onde pour détruire des organismes que quand on a constaté que la longueur d'onde en question possède l'effet attendu sur le germe.

P.-E. Morhardt.

Hans Storz et Hans Schlungbaum. ***Contribution clinique à la pathologie de la coagulation du sang*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 5, 4 Février 1933). — Il a toujours été constaté que les interventions chez les ictériques donnent lieu à des hémorragies par anomalie de la coagulation attribuée jusqu'ici à une diathèse hémorragique. Mais comme le font remarquer S. et S. les diathèses hémorragiques ne doivent pas être confondues avec une insuffisance du pouvoir de coagulation du sang. Chez les ictériques suivis par S. et S., le retard de la coagulation du sang a toujours précédé l'apparition de la diathèse hémorragique dont le degré est toujours parallèle au retard de la coagulation. Ce retard a été étudié chez une série de malades par la méthode de Bürker (temps de saignement, taux de la bilirubine et des acides aminés, réaction de Takata, vitesse de sédimentation, etc.). Ces recherches ont été faites chez 63 malades atteints de formes diverses d'ictère. Dans 52 cas, il y avait retard de la coagulation; chez 11 sujets, la coagulation était normale et il s'agissait 4 fois d'ictère catarrhal, 4 fois de cholélithiase et 3 fois d'ictère avec décompensation cardiaque.

Il a été constaté, en outre, que chez tous les sujets présentant une accélération de la sédimentation il y avait prolongation du temps de coagulation. Bien plus, il a été constaté un parallélisme entre les deux phénomènes. Quand ceux-ci sont très accentués, la réaction de Takata est positive. Chez la plupart des malades non ictériques examinés à ces divers points de vue, on a également constaté une forte accélération de la sédimentation et en même temps de l'urobilinogène dans l'urine. En cas de fièvre infectieuse, le parallélisme entre la sédimentation et la coagulation n'existe plus.

Il faut admettre que la cause du retard de la coagulation est, en cas d'ictère comme dans les autres maladies, due à une altération d'une fonction hépatique, fonction qui n'est pas encore déterminée mais qui n'a aucune relation avec l'ictère comme tel.

Le temps de coagulation a été trouvé remarquablement court chez des sujets qui présentaient un système végétatif labile.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

H. Läufer. ***Un cas de psychose au cours de l'anémie pernicieuse*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 31, 29 Juillet 1932). — Les troubles psychiques sont assez peu fréquents au cours de l'anémie pernicieuse. Sur 190 malades observés, L. ne les a personnellement relevés que dans une observation, qui présente un intérêt d'ordre évolutif et thérapeutique: les troubles ont complètement disparu sous l'influence de l'opothérapie hépatique.

Il s'agit d'une femme de 43 ans, qui présentait un état de dépression mentale avec angoisse, tentative de suicide, puis stupeur simulant un état démentiel accompagnée de négativisme, et coupée de phases d'agitation.

Après trois mois de séjour dans un asile d'aliénés, l'apparition d'une fièvre élevée, d'œdèmes et de signes de fléchissement cardiaque fit décider le transport dans un service de médecine interne. C'est là qu'on découvrit l'existence d'une anémie du type Biermer: 770.000 globules rouges, 29 pour 100 d'hémoglobine, valeur globulaire 2, 3.500 globules blancs avec lymphocytose relative, mégalocytose et mégaloblastose, langue de Hunter et achylie gastrique.

Le traitement habituel de l'anémie biermérienne fut institué : 200 gr. par jour de foie de veau, fruits crus, légumes, peu de graisse, hépatopson, acide chlorhydrique et petites doses d'arsenic. On ne fit pas de transfusion, parce qu'on n'avait à sa disposition aucun donneur approprié.

Pendant les deux premières semaines, la malade, qui refusait toute nourriture, dut être alimentée à la sonde.

Les premiers jours du traitement, l'état semblait s'aggraver: la somnolence était de plus en plus marquée, et la situation paraissait désespérée. Mais l'amélioration se dessina ensuite rapidement; parallèlement au nombre des globules rouges, qui montait à 1.580.000 le dix-neuvième jour, à 2.870.000 le quarantième jour, à 4.350.000 vers la fin du troisième mois, les troubles psychiques s'évanouissaient, en même temps que les œdèmes et les signes de défaillance cardiaque.

Cette influence montre qu'il s'agit bien d'une psychose directement liée à l'anémie, et non d'une psychose endogène latente déclenchée par l'anémie, comme on peut le penser pour un assez grand nombre des observations rapportées, dans lesquelles l'opothérapie hépatique n'a pas amélioré les troubles psychiques.

L. ne connaît qu'une observation analogue à la sienne: celle de Landelüdeck.

J. Mouzon.

W. Haring. ***Etude radiologique de l'estomac au cours de l'anémie pernicieuse*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 32, 5 Août 1932). — H. a été amené à cette étude par les constatations qu'il a faites chez 7 sujets atteints de polypes de la muqueuse gastrique, de type fibroadénomateux. Sur ces 7 malades, 3 présentaient les symptômes bien caractérisés de l'anémie pernicieuse; chez les 4 autres, on notait une formule hématologique hyperchrome, c'est-à-dire une valeur globulaire élevée, malgré un taux d'hémoglobine normal. Or, tous ces malades montraient, lors de l'examen radioscopique, une variabilité toute particulière de forme et de surface dans l'image de la muqueuse gastrique.

Ces faits ont donné à H. l'idée d'utiliser la même méthode d'examen radiographique de l'estomac chez les malades atteints d'anémie pernicieuse. Les sujets examinés ont été au nombre de 35. Tous présentaient les signes classiques de l'anémie biermérienne: « valeur globulaire élevée, cholémie, langue de Hunter, achylie gastrique, signes de myélose funiculaire, enfin évolution par poussées coupées de rémissions, et succès de l'opothérapie hépatique. L'examen était pratiqué suivant la technique de Berg, à l'aide d'une bouillie de sulfate de baryum de Merck, de consistance crémeuse, préparée avec un produit soigneusement tamisé. Chez 5 des malades, dont l'examen a été repris plusieurs fois, et souvent renouvelé les veilles de la mort, les plis de la muqueuse gastrique présentaient un aspect tout particulier: ils étaient irréguliers, enchevêtrés, contournés, incurvés, comme s'ils étaient séparés par de petites masses de la grosseur d'un pois; de profil, l'aspect dentelé était caractéristique. Mais le point le plus curieux était la variabilité des images, qui se transformaient en l'espace de quelques jours, ce que H. n'a jamais observé, en dehors de l'anémie pernicieuse, que dans les polypes de la muqueuse gastrique. Dans un cas, l'image représentait absolument l'aspect tumoral d'un pseudo-polype. Or, le malade étant mort cinq jours après, la muqueuse gastrique fut fixée aussitôt après la mort par introduction d'une solution formolée, et l'autopsie permit de constater qu'il n'y avait pas de polype, mais une zone d'atrophie de la muqueuse gastrique limitée à la région suspecte.

Dans les autres cas d'anémie pernicieuse, les constatations les plus nettes ont été les suivantes:

absence de tout liquide à jeun dans les 25 cas, mouvements péristaltiques actifs et accélérés, avec bonne évacuation; dans la moitié des cas, relief peu marqué ou morcelé. Dans certains cas, H. a pu voir l'aspect franchement pathologique des replis de la muqueuse faire place à une image normale sous l'influence de l'opothérapie hépatique.

On conçoit l'intérêt de ces constatations et les hypothèses pathogéniques qu'elles peuvent suggérer. Celle qu'expose H. est, à vrai dire, surprenante. Assimilant les polypes de la muqueuse gastrique aux adénomes thyroïdiens de la maladie de Basedow, il tend à faire de l'anémie hyperchromique une sorte de « maladie par hypergastrie » tout à fait distincte de l'anémie hypochromique, de type secondaire, qui serait consécutive à l'« agastrie ».

J. Mouzon.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Tübingen)

Schlachetzki. ***Contribution à l'étude pathogénique et clinique de l'angiome racémeux du cuir chevelu*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVII, n° 1, 25 Janvier 1933). — S. publie une observation très démonstrative d'angiome racémeux du cuir chevelu :

Il s'agit d'un homme de 22 ans qui a remarqué depuis son enfance l'existence d'une tumeur sur la région occipitale droite. Vers l'âge de 15 ou 16 ans, cette tumeur commença à s'accroître pour envahir en fin de compte tout l'hémicrâne droit. Cette tumeur est animée de battements; il n'existe pas de troubles fonctionnels et l'examen radiographique du crâne est négatif.

Intervention sous anesthésie générale à l'avertine; ligature préalable de la carotide externe et suture hémostatique de Heidenhain circonscrivant la tumeur. On la libère assez facilement de la profondeur, tandis que la libération de la peau est pénible et extrêmement hémorragique. A la fin de l'intervention le malade est exsangue et malgré le sérum intraveineux et une transfusion il décède peu de temps après.

S. fait suivre son article de quelques considérations classiques sur cette affection et ne cite qu'une bibliographie strictement germanique. Nous rappelons que Lecène a publié jadis un cas de cette rare lésion, opérée par lui avec succès.

J. Sénèque.

Salzmann. ***Traitement opératoire des ulcères de l'estomac et du duodénum*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVII, n° 1, Janvier 1933). — Dans la première partie de ce travail, il s'agit d'une statistique d'*ulcères perforés* de l'estomac ou du duodénum, provenant du service de Rost.

Sur 84 cas, 65 (77,3 pour 100) ont été traités par suture et gastro-entérostomie.

Dans 13 cas (15,4 pour 100) on s'est contenté d'une suture simple.

Sur ces 78 malades, 21 sont morts après l'intervention. S. ne cite pas l'heure à laquelle l'intervention a eu lieu après le début des accidents, mais indique seulement d'une manière générale que la plupart des cas ont été opérés entre le deuxième et le troisième jour.

Dans 6 cas, on a tenté la résection (4 fois par le procédé de Billroth II, 2 fois par le procédé de Billroth I). 4 malades sont morts (insuffisance cardiaque et gangrène pulmonaire).

Sur 44 malades revus (entre 2 et 8 ans), 32 peuvent être considérés comme guéris (30 cas de suture avec ou sans gastro-entérostomie complémentaire, 2 résections).

Dans la deuxième partie, il s'agit d'ulcères *non perforés*. Sur 152 cas, il s'agit 69 fois d'ulcères du duodénum; 50 ont été traités par enfouissement avec ou sans gastro-entérostomie, 19 ont été réséqués (Billroth I: 6; Polya-Reichel: 13).

10 malades sont morts; 5 après suture avec ou sans gastro-entérostomie (atonie gastrique, insuffisance cardiaque, dilatation cardiaque, œdème pulmonaire, embolie pulmonaire); 5 après résection (thrombose portale, status lymphaticus, gangrène pulmonaire, insuffisance de sutures sur le moignon duodénal, hémorragie post-opératoire).

Dans 83 cas, il s'agissait d'ulcères du pylore ou de la petite courbure; 30 ont été traités par enfouissement avec ou sans gastro-entérostomie, 53 ont été réséqués.

Dans le premier groupe on note 5 décès (embolie pulmonaire, pneumonie, insuffisance cardiaque, hémorragie post-opératoire, péritonite locale); dans le second groupe (après résection): 13 décès (péritonite: 6 cas; insuffisance cardiaque: 3 cas; abcès pulmonaire: 1 cas; abcès sous-phrénique: 2 cas; broncho-pneumonie: 1 cas).

En ce qui concerne les résultats éloignés:

Pour les ulcères du duodénum: l'enfouissement avec ou sans gastro-entérostomie a donné 12 guérisons, 8 améliorations, 5 résultats mauvais, 17 malades non retrouvés;

Les résections: 4 guérisons, 1 résultat mauvais; 1 malade non revu.

Pour les ulcères gastriques: l'enfouissement avec ou sans gastro-entérostomie a donné 6 guérisons, 3 améliorations, 2 résultats mauvais, 13 malades non revus.

Les résections: 20 guérisons, 3 mauvais résultats, 9 malades non revus.

Ce qui frappe surtout dans cette statistique, c'est le pourcentage élevé de mortalité après la résection.

J. Sénèque.

Heydemann. ***Le traitement du cancer du rectum à la clinique de Göttingen de 1912 à 1931*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVII, n° 2, Février 1933). — De Janvier 1912 à Octobre 1931, 346 malades ont été admis pour un cancer rectal parmi lesquels 218 hommes et 128 femmes.

La plus grande partie des cas ont été observés chez l'homme entre 60 et 80 ans, chez la femme entre 50 et 70 ans.

L'opération radicale a pu être pratiquée chez 103 hommes, soit 47,2 pour 100 et 61 femmes, soit 47,6 pour 100.

Sur les 346 malades, 65 (soit 18,7 pour 100) sont décédés pendant leur séjour à la clinique après intervention radicale, et 25 malades sans intervention radicale.

Il s'agissait dans 240 cas de cancers ampullaires, dans 87 cas de cancers au voisinage de l'anus et du sphincter et dans 20 cas de cancers haut situés.

Dans 89 cas, la tumeur siégeait sur la paroi antérieure du rectum, dans 66 cas sur la paroi postérieure, dans 28 cas elle était latérale. Dans 129 cas, la tumeur était circonférentielle et dans 110 cas elle était sténosante.

L'examen histologique pratiqué dans 145 interventions radicales a montré: 127 fois un adénocarcinome, 6 fois un carcinome solide, 2 fois un cancer alvéolaire, 2 fois un cancer cylindro-cellulaire, 2 fois un cancer médullaire, 4 fois un Gallert cancer, et 2 fois un cancer épithélial.

Amputations sacrées. — Sur 66 opérés, on note 10 *décès opératoires* (infection: 6; insuffisance cardiaque: 2; complications pulmonaires: 2). En ce qui concerne les résultats éloignés, 5 malades n'ont pu être retrouvés; il en reste donc 51:

30 sont morts par récidive ou métastases dont 25 dans les cinq ans qui ont suivi l'intervention, et 5 de maladies intercurrentes, dix et quinze ans après l'opération.

21 sont encore vivants, mais il faut en éliminer 5 qui présentent déjà des récidives ou métastases avant la cinquième année et deux cas qui ne datent que de un et deux ans, si bien que 14 *malades seulement* sur 66 opérés sont encore vivants plus de cinq ans après l'opération et sur lesquels 2 ont présenté une récidive ou métastase six et dix ans après l'opération.

Résection sacrée: 16 cas. — On note 8 fois l'apparition de fistules avec deux fermetures spontanées; 3 cas de nécrose circulaire au niveau de la résection. Dans 1 cas seulement la continence s'est maintenue parfaite après l'opération, alors que pour les autres la continence ne se maintenait que pour les matières solides.

On relève 4 morts post-opératoires soit 25 pour 100. Au delà de cinq ans, 4 malades sont encore en vie.

Résection abdominale sacrée: 15 cas. — 6 malades avaient eu antérieurement une fistule cæcale. 14 malades ont été opérés en 1 temps, 1 malade a été opéré en 3 temps (libération, mobilisation, résection).

On note 6 décès opératoires (dont 3 par infection). Dans 5 cas on a observé une fistule au niveau de l'anastomose avec deux fermetures spontanées.

4 malades seulement ont survécu plus de cinq ans; 1 est mort sept ans après; 3 seulement sont encore en vie de sept à dix-sept ans après l'opération.

Excision locale. — 5 cas pour des lésions tout à fait au début. 1 seul est resté guéri; les 4 autres ont récidivé de six semaines à un an après.

Extirpation abdomino-sacrée: 62 cas. — L'extirpation abdomino-sacrée avec anus iliaque définitif est considéré comme la méthode de choix.

Sur ces 62 cas on note 20 décès opératoires.

En ce qui concerne les résultats éloignés, 4 malades n'ont pu être retrouvés. Restent 38 cas; 15 sont morts avant six ans; 25 sont encore en vie, mais si l'on n'envisage les résultats qu'au delà de cinq ans on voit que 11 opérés seulement ont dépassé cette date si bien que dans l'ensemble les résultats tant immédiats qu'éloignés de cette statistique nous ont paru être bien mauvais.

J. Sénèque.

ZENTRALBLATT für GYNAKOLOGIE (Leipzig)

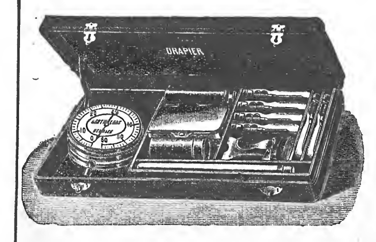
Robert Mullerheim (Berlin). ***La ligature des vaisseaux utérins au cours des hémorragies graves de l'accouchement*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVI, n° 39, 24 Septembre 1932). — Le procédé appliqué par M. dans 2 cas d'hémorragie utérine grave provoquée par la déchirure du col remontant jusqu'au paramètre au cours d'un accouchement trop rapide ne peut être retenu que pour des cas exceptionnels.

Il consiste à faire la ligature des vaisseaux utérins à travers la paroi latérale du vagin en passant au hasard un gros fil conduit sur une grosse aiguille courbe. Comme il s'agissait dans les 2 cas de malades mourantes, M. ne se préoccupa pas de l'uretère. Ce fut une manœuvre désespérée qui lui donna deux succès. Mieux vaut éviter de hâter les accouchements que d'être obligé d'en arriver à une telle pratique.

Desmarest.

Heinrich Gutmann et **Fritz Stähler** (Francfort-sur-Mein). ***Modifications de position et de fonctionnement du tube digestif sain à la fin de la grossesse*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVII, n° 4, 28 Janvier 1933). — Les recherches de G. et S. ont porté sur 23 femmes dans les deux derniers mois d'une grossesse normale n'ayant aucun passé digestif.

L'examen de l'œsophage a montré dans un seul cas, chez une femme qui vomissait le matin, un


DRAPIER

œsophage hypotonique, laissant tomber le bismuth qui vint heurter le cardia contracté (cardiospasme passager) et fut rejeté sans que rien n'ait pénétré dans l'estomac.

Pour l'estomac, le muscle paraît agir plus faiblement mais le temps d'évacuation est normal.

Les anses grêles apparaissent sous l'aspect d'une masse comprimée en arrière et à gauche au-dessus de l'utérus. Le transit est normal. On pourra se rendre compte par les recherches radiologiques de G. et S. de multiples causes qui influent sur la position du cæcum. Mais il semble bien que sur les femmes examinées debout la position du cæcum se rapproche de la position normale. Sur la femme examinée couchée le cæcum remonte de près de trois travers de doigt. S. explique ainsi la notion classique de la position haute du cæcum observée par tous les chirurgiens intervenant pour une appendicite au cours des trois derniers mois de la grossesse.

Autre déduction clinique : chercher le point douloureux appendiculaire là où la ligne horizontale passant par le bord supérieur de la crête iliaque coupe la verticale qui passe par l'épine iliaque antérieure et supérieure.

L'appendice était injecté par le bismuth dans 43 pour 100 des cas et l'organe paraissait large. Sa cavité ne présentait aucune augmentation. Le tonus de l'organe semblait diminué. La position des segments coliques était normale. Le transverse seul était un peu surélevé, mais il y avait un retard dans l'évacuation du sigmoïde inférieur et du rectum.

La constipation des femmes enceintes est due à cet hypotonus du segment terminal du gros intestin.

DESMAREST.

ZEITSCHRIFT für UROLOGIE
(Leipzig)

O. Kneise et **G. Beyer** (Halle). ***Fréquence des calculs urinaires en Allemagne du Centre*** (*Zeitschrift für Urologie*, t. XXVII, n° 1, 1933). — Tous les urologues et médecins allemands sont d'accord pour noter depuis dix ans une recrudescence considérable de la lithiase urinaire. K. et B. citent à ce propos les statistiques impressionnantes des gros centres urologiques d'Allemagne. Leur article très documenté donne les résultats de leur pratique en matière de lithiase. Il semble que leur tendance soit à limiter au maximum les interventions pour calculs et à n'intervenir que la main forcée par une complication. Tous les différents problèmes que soulève la lithiase sont discutés avec soin si bien que l'article ne peut être résumé et doit être lu *in extenso* par ceux que la question intéresse.

BERNARD FEY.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

J. de Macera et **F. L. Fernandez.** ***Syndrome de Stokes-Adam et polynévrite ascendante généralisée post-diphtériques*** (*La Semana Medica*, t. XXXIX, n° 2031, 15 Décembre 1932). — M. et F. rapportent l'observation d'une enfant de 12 ans, sans antécédent notable, atteinte de diphtérie et traitée énergiquement par une injection de 10.000 unités de sérum antitoxique. Elle se lève au dixième jour.

Le lendemain, malaise, elle voit double soudain. Syncope suivie de convulsions épileptoïdes et de vomissements. Pouls filant qui s'accélère après la crise (150 par minute). Puis s'installe au contraire une bradycardie permanente (40). Tension artérielle : 8/3.5.

La malade se maintient quelques jours dans cet état, présentant par intervalles de petites crises de convulsions et de vomissements. Puis le rythme cardiaque s'accélère à nouveau. Extrasystoles. Le voile se paralyse, la voix devient rauque, les liquides refluent par le nez. Paralysie faciale générale. Hypotonie des membres inférieurs.

Un mois après le début de ces troubles, éclate une crise d'asphyxie, suivie d'une longue phase d'insconscience. Le surlendemain, nouvelle crise. Mort, vingt-quatre heures après, par syncope cardiaque.

Les auteurs discutent le diagnostic de myocardite toxique diphtérique, atteignant le faisceau de His, qui expliquerait la bradycardie et les paroxysmes épileptoïdes (syndrome de Stokes-Adam). Ces troubles, ayant été neutralisés par le traitement, une polynévrite est survenue, frappant successivement le voile, la face, les membres inférieurs. La malade, qui avait résisté au blocage cardiaque, a succombé à une paralysie bulbaire, à un syndrome de Landry.

M. et F. rappellent tous les travaux publiés sur des cas analogues de syndromes de Stokes-Adam diphtériques.

G. d'HEUCQUEVILLE.

F. Arrilaga et **A. Taquini.** ***L'action diurétique du bromure d'ammonium*** (*La Semana Medica*, t. XXXIX, n° 2033, 29 Décembre 1932). — A. et T. rappellent l'histoire des travaux consacrés à l'action des sels d'ammoniaque sur le rein. Dans l'organisme, l'ion ammonium est libéré. Il agit sur l'équilibre physico-chimique endo-cellulaire, fixe certains acides, permettant ainsi la fuite de l'eau des œdèmes.

L'ion brome, d'une part exerce une action sédative sur les centres corticaux, d'autre part influence les noyaux infundibulo-tubériens du métabolisme hydrique (dont l'atteinte, dans le diabète insipide, produit la polyurie).

Les auteurs administrent le bromure d'ammonium en potion, à la dose quotidienne de 10 gr. en 5 prises. Ils l'associent aux sels mercuriels (salirgan). Le médicament offre un goût désagréable ; il est contre-indiqué en cas de troubles gastro-intestinaux, mais ne provoque pas d'intolérance.

Ils rapportent trois observations de grands œdémateux, en état d'anasarque, de défaillance cardiaque, d'oligurie. La diurèse journalière s'élève immédiatement à 7 et 9 litres, pour se stabiliser aux environs de 3 litres les jours suivants.

L'association des sels mercuriels et du bromure d'ammonium constituerait donc la thérapeutique de choix dans l'anasarque sans blocage rénal.

G. d'HEUCQUEVILLE.

A. Rissoto et **L. Neu.** ***Le diagnostic radiologique des adhérences pleuro-pulmonaires*** (*La Semana Medica*, t. XXXIX, n° 2033, 29 Décembre 1932). — Le diagnostic des adhérences pleuro-pulmonaires est l'un des plus difficiles de la radiologie. Souvent seule l'épreuve clinique du pneumothorax artificiel le tranche.

Les auteurs passent en revue d'abord les signes radiologiques classiques : modifications de la clarté des champs pulmonaires ; syndrome cinématique (diminution de l'ampliation thoracique, élévation des côtes à l'inspiration, déformations des mouvements du diaphragme). Dans les adhérences de la face externe, l'image de « pleurite laminaire », mince bande opaque suivant le bord du poumon, est rarement nette. *A fortiori*, la légère ombre diffuse de la pleurite apicale, qui se projette sur d'autres ombres correspondant à des lésions parenchymateuses.

R. et N. proposent de nouveaux éléments sémiologiques : épaississement de la ligne fine (bord pleural) qui accompagne en dedans la seconde côte ; opacités des entrecroisements latéraux des côtes. Ils discutent les erreurs d'interprétation possibles.

Ils insistent sur la présomption d'adhérences pleurales qui s'attache à la présence d'un foyer cortical voisin. Cette présomption devient une certitude si la plèvre apicale s'épaissit nettement au contact de ce foyer.

Ils rapportent dix observations avec clichés démonstratifs.

G. D'HEUCQUEVILLE.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA
(Sydney)

A. H. Tebbutt et **Karen Helms.** ***Compte rendu de l'épidémie de poliomyélite dans les Nouvelles-Galles du Sud, 1931-1932,*** et **H. M. Stephen.** ***La récente épidémie de poliomyélite du point de vue du médecin*** (*The Medical Journal of Australia*, XXe année, t. I, n° 2, 14 Janvier 1933). — L'épidémie de poliomyélite qui sévit dans les Nouvelles-Galles du Sud durant l'été et l'automne de 1931-1932 atteignit 435 personnes : 214 cas ont été étudiés d'une façon plus précise dans la région de Sydney.

A Sydney, la mortalité globale fut de 11,7 pour 100 ; elle atteignit 33 pour 100 chez les sujets entre 15 et 19 ans. Plus de la moitié des cas se développèrent avant l'âge de 4 ans. 93 pour 100 des sujets furent envoyés aux hôpitaux publics pour traitement.

Dans 85 pour 100 des cas, une période initiale de la maladie durant de un à plusieurs jours, pouvant atteindre quatorze jours, mais dépassant rarement cinq jours, précéda la paralysie. Dans 4, 7 pour 100 seulement des cas, la paralysie apparut comme le premier symptôme de la maladie.

La recherche de la lymphocytose rachidienne est des plus utiles pour le diagnostic ; dans aucun cas, il n'y eut moins de 5 leucocytes par millimètre cube dans les cas typiques, et même durant la période préparalytique.

Une organisation spéciale avait préparé un approvisionnement de sérum de convalescents : 65 litres de sang pris à 148 donneurs ont permis de préparer 28 litres de sérum qui ont permis soit l'épreuve de neutralisation du virus chez le singe chez quelques sujets, soit le traitement de 139 sujets. La dose initiale étant de 50 cmc le plus souvent, pouvant atteindre 100 cmc chez les adolescents atteints d'une forme grave, 26 malades eurent 2 doses, 5 : 3 doses et 1 : 4 injections de sérum. Une partie du sérum étant intrarachidien et le reste intraveineux et, dans quelques cas, intra-musculaire.

48 malades furent traités au stade préparalytique ; dans ce groupe, la mortalité fut de 2 pour 100 et les paralysies, six mois après le début, existaient dans 3,3 pour 100 des cas. Sur les 91 sujets traités par le sérum après l'apparition de la paralysie, on trouve une mortalité de 21,9 pour 100 et des paralysies persistant six mois après dans 11,7 pour 100 des cas. Enfin, le troisième groupe des poliomyélitiques non traités par la sérothérapie, comprenant 75 cas, donne une mortalité de 5,3 pour 100 et des paralysies dans 11,8 pour 100. Il est bon de noter que les cas graves des malades traités par la sérothérapie au stade paralytique atteignaient 88 pour 100 alors qu'ils ne comprenaient que 65 pour 100 des cas sans sérothérapie.

Stephen pense que la poliomyélite peut être reconnue à son stade préparalytique et que les séquelles de cette épidémie ont été beaucoup moins graves que dans les précédentes ; il en attribue volontiers le mérite à la sérothérapie qui lui paraît avoir sauvé quelques enfants et qui arrête la destruction des cellules nerveuses lorsqu'elle est faite précocement. Lorsque les lésions sont constituées, le sérum est sans valeur.

ROBERT CLÉMENT.

BRUXELLES MÉDICAL

Massion-Verniory et **Mlle B. Cornil.** ***La pyrétothérapie dans le traitement des syphilis nerveuses*** (*Bruxelles Médical*, t. XIII, n° 10, 8 Janvier 1933). — Parmi les nombreux moyens utilisés pour la pyrétothérapie M. et C. se sont arrêtés après une expérience de sept années au « néosaprovitan B » composé de microbes saprophytes non pathogènes, en raison de la fixité et de la constance des acmés thermiques, de la durée régulière des accès et des résultats obtenus. Ils réservent la malariathérapie, plus dangereuse et plus anémiante, à la paralysie générale.

Sur 13 malades, ils ont pu constater que la température atteint son maximum deux à trois heures après l'injection du produit et revient à la normale au bout de six heures environ. Le taux leucocytaire passe par 3 phases successives: leucopénie, hyperleucocytose, retour à la normale. La courbe des polynucléaires neutrophiles est semblable à celle des leucocytes: neutropénie initiale suivie d'une ascension régulière pouvant atteindre 98 pour 100, puis descente lente vers la normale. Au cours de la cure, il se fait une certaine accoutumance. La pyrétothérapie par agents microbiens non pathogènes n'est pas anémiante comme la malaria; au cours du paludisme provoqué les variations leucocytaires sont en général faibles.

A la suite de 3 séries de 5 injections, à raison de 3 par semaine, les résultats sont en général favorables. Sur 25 malades, tous cliniquement et biologiquement syphilitiques du système nerveux (mais non P.-G.), 44 cas ont été rebelles; pour les autres, on a noté soit une amélioration, soit une guérison clinique. Les signes subjectifs sont améliorés: s'il y a exacerbation des douleurs pendant l'accès fébrile la sédation vient ensuite et s'accentue vers la fin de la cure. On note aussi des rémissions des céphalées, des vertiges et des paresthésies.

Les troubles moteurs ou sensitifs, l'ataxie ne sont pas modifiés immédiatement, mais dans les mois qui suivent la pyrétothérapie. Dans plusieurs cas, on a relevé une amélioration ou une disparition des troubles sphinctériens. Dans 4 cas, il y eut une diminution nette de la lymphocytose rachidienne et dans un cas, une diminution d'intensité des réactions de Pandy et de Weichbrott; par contre, dans 2 cas apparaît, après la pyrétothérapie, un benjoin colloïdal positif et un B.-W. positif. La pyrétothérapie peut être appliquée impunément à condition de contrôler régulièrement les fonctions principales de l'organisme; les affections valvulaires du cœur et les affections pulmonaires sont des contre-indications.

La pyrétothérapie prépare l'organisme à l'action du traitement spécifique que l'on fait en général ensuite. Il arrive que la pyrétothérapie se montre inefficace; dans ce cas une deuxième cure a donné parfois des résultats inespérés.

Robert Clément.

A. Bessemans et **U. Thiry** (Gand). ***Nouveaux essais d'applications de la thermothérapie locale (bains d'eau chaude et diathermie par ondes longues faiblement amorties) au traitement de la syphilis primaire et secondaire chez l'homme*** (*Bruxelles Médical*, t. XIII, n° 11, 15 Janvier 1933). — Le tréponème pâle virulent étant peu résistant à la chaleur, B. et T. ont fait d'abord une série d'essais de thermothérapie et de thermoprophylaxie contre différents tissus du lapin infecté, puis des tentatives analogues sur les accidents syphilitiques primaires et secondaires de l'homme. Dans toutes leurs recherches, ils se sont évertués à déterminer avec précision la température atteinte à l'intérieur même des lésions traitées avec une aiguille thermo-électrique. Ils sont arrivés aux conclusions que les tréponèmes deviennent avirulents et disparaissent rapidement d'un tissu qu'ils infectent, lorsqu'ils subissent sous l'action d'une source de chaleur non lumineuse, autre que les infra-rouges, une augmentation de température d'environ une heure à 42° ou de deux heures à 40° ou de plusieurs heures à quelques dixièmes de moins de 40°.

Ils rapportent 7 observations de malades, 5 soumis à la diathermie, un à la balnéo-thermothérapie, le dernier successivement à ces 2 formes de chauffage. Il s'agit de 3 chancres et 4 fois de syphilides muqueuses ou papulo-érosides de la face. D'une façon générale, les tréponèmes constatés à l'ultra-microscope, avant le traitement, disparaissent ou deviennent immobiles et perdent leur virulence, bien que ce ne soit pas absolument constant. Dans plusieurs observations, les lésions ainsi traitées par la thermothérapie se sont cicatrisées rapidement.

Robert Clément.

A. Bessemans et **U. Thiry** (Gand). ***Nouveaux essais d'application de la thermothérapie locale (bains d'eau chaude et diathermie par ondes longues faiblement amorties) au traitement de la syphilis primaire et secondaire chez l'homme*** (*Bruxelles Médical*, t. XIII, n° 12, 22 Janvier 1933). — La balnéo-thermothérapie par immersion locale est suffisamment anodine et pratique pour permettre d'atteindre chez l'homme sans grands inconvénients le but virulicide cherché contre le tréponème; cependant, la diathermie locale est préférable, son application et son réglage sont plus élégants et plus commodes. Il faut placer le malade dans une position de repos, choisir comme électrode active une mince plaque de métal malléable, susceptible d'épouser la forme de l'organe à traiter et la mettre en contact intime avec ce dernier durant toute la durée de l'intervention.

Il est impossible de se baser sur les indications de l'ampèremètre pour juger de la température atteinte au sein des lésions; il faut utiliser le thermomètre de Zondek ou mieux, une aiguille thermo-électrique. Le degré de chaleur locale supportée par les patients varie suivant la modalité thermothérapique, le sujet et l'organe traité. Aucun des traitements ne provoqua de lésions de brûlures, les tissus humains résistent relativement bien au chauffage par l'air, par l'eau ou par la diathermie; même une température passagère de 45° ne semble pas altérer les albumines constitutionnelles. La résistance subjective diminue à mesure que le chauffage se prolonge.

Pour être efficace, il n'est pas indispensable que le chauffage soit poussé jusqu'à l'immobilité des tréponèmes; malgré la persistance de germes mobiles, le transfert par scarifications à la cornée du lapin ne produit aucune kératite spécifique après une application de la chaleur locale. Il semble que les tréponèmes présentent une phase préagonique de mobilité exaltée durant laquelle ils ont perdu leur virulence.

La thermothérapie locale a un intérêt prophylactique, car la contagiosité des lésions traitées disparaît souvent très vite, parfois après une seule séance. Elle détermine en outre la disparition des lésions : des plaques muqueuses ont cicatrisé le sixième jour après leur diathermisation alors que traitées médicamenteusement, elles mettraient en moyenne trois à quatre semaines pour guérir.

Robert Clément.

ARCHIVES OF SURGERY

(Chicago)

Charles Bruce Morton. ***Syndrome abdominal aigu dans l'arachnidisme*** (*Archives of Surgery*, t. XXVI, n° 1, Janvier 1933). — M. rapporte 6 cas d'arachnidisme qu'il a observés au Virginia Hospital, maladie inconnue chez nous et qui est due à la morsure d'une araignée. Celle-ci, dont l'article montre de bonnes photographies (lathrodectus-mactans), est une araignée noire de grande taille de 2 à 5 cm. de diamètre, la seule araignée venimeuse des Etats-Unis. Sa morsure donne lieu à l'apparition d'un syndrome assez spécial, de diagnostic extrêmement difficile pour celui qui n'est pas prévenu et composé essentiellement de deux symptômes: douleur et contracture. La douleur peut commencer à l'endroit de la morsure mais celle-ci passe souvent inaperçue et la douleur se localise d'une façon plus ou moins rapide au niveau de l'abdomen où elle devient très violente; avec cette douleur abdominale intense, dont le début peut être très brutal, apparaît une contracture abdominale avec véritable ventre de bois, mais accompagnée assez souvent par une contracture des muscles du dos et des cuisses. Il faut y ajouter comme symptôme secondaire une élévation modérée de la température, un pouls très variable, un peu de leucocytose et une atteinte très légère de l'état général. On comprend, par conséquent, la difficulté du diagnostic et l'auteur rapporte des cas où le chirurgien est intervenu, croyant trouver une perforation d'ulcère gastro-duodénal; dans ces cas, il a rencontré un spasme intestinal généralisé. Morton, qui a l'expérience de cette affection, a pu assez facilement faire le diagnostic même en dehors de toute notion de morsure, diagnostic qu'il est possible de faire en considérant que cette douleur très vive s'accompagne en réalité d'une indolence remarquable à la palpation; la contracture abdominale extrêmement marquée s'accompagne de contracture des muscles d'autres régions; la durée de cette affection varie entre un à six jours et les cas qu'il rapporte ont tous guéri spontanément, le traitement ayant consisté en injection de morphine et surtout d'atropine qui paraît plus active encore.

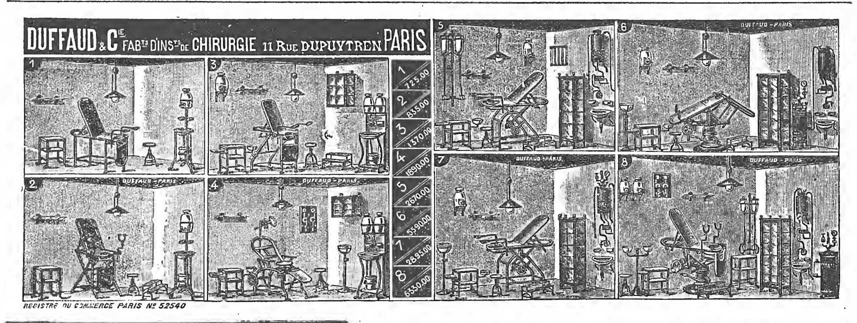
F. d'Allaines.

Walter Moss (Nouvelle-Orléans). ***Ictère par rétention expérimentale*** (*Archives of Surgery*, Janvier 1933, vol. XXVI, n° 1, Janvier 1933). — L'objet de l'étude présente concerne les rapports qui peuvent exister entre l'ictère par rétention produit expérimentalement et la tendance hémorragipare des animaux en question. M. cherche ainsi à mettre en valeur et à expliquer les hémorragies des ictériques: soit hémorragie spontanée, soit hémorragie post-opératoire.

Chez une série de chiens, il a réalisé un ictère expérimental par section et ligature des canaux biliaires; sur 27 animaux, 6 sont morts très rapidement et 15 dans les quinze jours qui ont suivi, le reste ayant survécu plus longtemps.

L'organe producteur du fibrinogène étant le foie, l'auteur avait pensé que la tendance hémorragique pouvait être due à une production insuffisante de fibrinogène par un foie malade. En réalité, cette hypothèses ne peut pas se soutenir, car les expériences montrent que le fibrinogène est augmenté chez les chiens en ictère par rétention. Dans la première semaine, l'augmentation de fibrinogène est lente et continue, elle s'accentue de plus en plus pendant les trois semaines qui suivent, il y a même une augmentation brutale du fibrinogène sanguin juste avant la mort, peut-être du reste à la suite de la concentration agonique de la masse sanguine. Chez les mêmes animaux, l'étude des rapports du temps de coagulation et de l'indice ictérique montre qu'il n'existe aucune espèce de parallélisme; en moyenne, le temps de coagulation augmente au début pour diminuer ensuite et dans un certain nombre de cas il se maintient comme avant. Enfin, l'étude du calcium sanguin montre que celui-là ne fait pas défaut et que sa concentration ne varie pas après l'opération.

Les conclusions de cet article ne permettent pas actuellement d'élucider le mécanisme intime de la


DUFFAUD & CIE FAB^TS D'INS^TS DE CHIRURGIE 11 RUE DUPUYTREN PARIS
1 725.00
2 835.00
3 1370.00
4 1890.00
5 2670.00
6 5590.00
7 2895.00
8 6330.00
DUFFAUD - PARIS
REGISTRE DU COMMERCE PARIS N° 52540


ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
Cas aigus : 4 à 5 pilules par jour pendant 5 jours.
Dose préventive : 2 pilules par jour pendant 15 jours.
ANTISPASMODIQUE PUISSANT · SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX


OXYGÉNASE
apporte à l'organisme pour sa défense et son fonctionnement une association Rationnelle de Catalyseurs minéraux et de
VITAMINES
CONCENTRÉES
Troubles de la nutrition et leurs conséquences
Tuberculose
Arthritisme.
Laboratoire de Pharmacologie Générale
8 rue Vivienne PARIS (II°)
DOSE
6 dragées par jour soit deux avant chaque repas

production plus facile des hémorragies chez les ictériques. Toutefois, il faut noter comme conclusion que la masse sanguine est cependant modifiée et qu'en particulier le fibrinogène est augmenté; il est vraisemblable que cette augmentation de fibrinogène vient à la suite de lésions hépatiques et de nombreuses figures dans l'article de Moss montrent de très belles images de nécrose lobulaire du foie avec dégénérescence graisseuse qui sont des lésions bien connues depuis longtemps, qu'il a constamment observées à la suite de ces opérations.

F. D'ALLAINES.

William German, Edward M. Finesilver et **John Staige Davis.** ***Etude expérimentale du rétablissement de la circulation dans les greffes tubulées*** (*Archives of Surgery*, t. XXVI, n° 1, Janvier 1933). — G., F. et D. ont expérimenté sur la peau abdominale d'une série de chiens le rétablissement de la circulation artério-veineuse dans les pédicules des greffons, pédicules enroulés sur eux-mêmes et suturés pour réaliser ce qu'on appelle d'habitude les greffes tubulées qui sont actuellement d'un emploi fréquent en chirurgie réparatrice. Ils ont cherché tout particulièrement les conditions de la circulation lors de l'opération et le développement de la circulation secondaire dans les jours qui suivent.

Ils rappellent tout d'abord les expériences de Davis-Traut et Paterno qui montrent le rôle considérable de l'orientation du greffon sur le rétablissement de la circulation. C'est ainsi que si on prélève sur un animal un petit fragment dermo-épidermique de peau, si l'on replace ce fragment dans la même position exactement la greffe prend constamment; si l'on fait une inversion de greffon de 180° le succès ne vient plus que dans 80 pour 100 des cas; si l'inversion est de 90° on n'observe plus que 66 pour 100 de succès.

Sur les animaux d'expérience, ils ont créé une greffe pédiculée reliée à la peau par deux larges implantations et dont la longueur tubulaire équivalait à 2 fois 1/2 la largeur de la base d'implantation; le pédicule fut enroulé et suturé comme d'habitude; une fois ceci fait les auteurs ont fait des expériences de section progressive d'un pédicule et ils ont injecté les vaisseaux du greffon à l'aide d'une injection artérielle par l'aorte abdominale. L'injection faite avec une substance opaque a permis d'injecter facilement toutes les petites ramifications vasculaires et d'obtenir les résultats suivants: au bout du premier jour, il existe quelques petits vaisseaux dans l'intérieur du greffon, mais on ne peut pas les suivre très loin; dès le quatrième jour, sont apparus des vaisseaux peu nombreux mais parallèles et occupant le grand axe du greffon sur toute sa longueur et le huitième jour enfin, il existe des vaisseaux très nets, parallèles au grand axe du greffon et à ce moment les conditions de circulation sont très bonnes. Théoriquement, par conséquent, au septième jour, on peut parfaitement couper le pédicule du greffon.

Les auteurs ont transporté en chirurgie humaine ces constatations et ils en donnent des exemples et en particulier l'évolution d'une greffe tubulée prélevée à la face interne du bras pour réparer une plaie de la joue. Ils ont pu ainsi réduire considérablement les délais; c'est ainsi qu'après suture du greffon au niveau de la place qu'il doit occuper ils ont pu sectionner progressivement le pédicule brachial à partir du huitième jour; ils ont constaté à ce moment-là que bien que ce délai fût très précoce, les vaisseaux saignaient déjà des deux côtés.

En définitive, l'intérêt de cette étude expérimentale est de raccourcir d'une façon extrêmement appréciable les délais qui séparent les différentes opérations dans cette variété de greffes.

F. D'ALLAINES.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

A. R. Rich et **H. A. Mc Cordock.** ***La pathogénie de la méningite tuberculeuse*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LII, n° 1, Janvier 1933). — En se basant sur des recherches expérimentales chez le lapin et sur l'étude anatomique minutieuse de 93 cas de méningite tuberculeuse, R. et C. arrivent à la conclusion que la méningite tuberculeuse diffuse n'est pas le résultat direct et immédiat de l'infection des méninges par voie sanguine. La tuberculose miliaire produit seulement quelques rares tubercules disséminés sur les méninges et non la méningite diffuse.

La méningite tuberculeuse a son origine dans la décharge dans le liquide cérébrospinal de bacilles provenant de vieux foyers tuberculeux caséeux adjacents. Ces foyers ont été trouvés dans la substance cérébrale dans 56 cas, dans les méninges dans 17 cas, à la fois dans le cerveau et les méninges 2 fois, dans les vertèbres, 1 fois, dans les plexus choroïdes, 1 fois, sur un ensemble de 82 cas de méningite tuberculeuse étudiés histologiquement. Dans 75 cas, il fut ainsi démontré que l'origine de la méningite diffuse était des foyers tuberculeux caséeux situés dans le système nerveux central ou dans les méninges. Dans 5 cas, on ne trouva pas de foyers locaux capables d'ensemencer les méninges, mais dans ces cas, le matériel d'étude était incomplet.

De très belles photographies et microphotographies viennent montrer l'existence de ces foyers tuberculeux locaux, point de départ de l'ensemencement méningé.

ROBERT CLÉMENT.

M. M. Wintrobe et **Mary V. Buell.** ***Hyperprotéinémie associée à un myélome multiple, avec relation d'un cas dans lequel une extraordinaire hyperprotéinémie était associée à une thrombose des veines rétiniennes et à des symptômes faisant songer à une maladie de Reynaud*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LII, n° 2, Février 1933). — Chez une femme de 56 ans, qui présentait des signes de refroidissement, de pâleur et de lividité des extrémités, avec quelques autres signes de troubles circulatoires, on trouva dans le sang une grande quantité d'une substance se précipitant immédiatement après l'extraction. L'analyse chimique montra qu'il s'agissait d'une protéine. Il s'agit peut-être de la protéine de Bence-Jones qui coagule à basse température (40 à 60° C) et qui est soluble à haute température (80° à 100° C). Deux facteurs de précipitation de cette substance peuvent être considérés comme possibles: le changement de température, des modifications de la concentration ionique.

Cette substance insoluble dans le plasma se solubilisait rapidement dans les acides dilués et les alcalis. A cause de la précipitation, il fut impossible d'utiliser les méthodes habituelles pour la détermination des protéines totales ; on tourna la difficulté en recueillant quelques centimètres cubes de sang total dans un tube à centrifuger gradué et, après centrifugation, le plasma total y compris la substance précipitée fut séparé mécaniquement et fut « kjeldahlisé ». Par ce procédé, les protéines totales du plasma furent de 119 gr. par litre au minimum étant donnée l'impossibilité de séparer complètement tout le précipité des hématies. Les protéines du plasma, à l'exclusion de la protéine précipitée, furent de 46 gr. 5 par litre. On peut donc considérer que la substance précipitée était d'environ 72 gr. par litre. Des 46 gr. 5 d'albumines du plasma, 25 gr. étaient de la sérine.

L'autopsie permit de constater chez cette malade un myélome multiple. Sur 500 cas de myélome multiple publiés, on trouve seulement 8 fois des anomalies du plasma sanguin, et encore en comparaison de ces cas, l'observation publiée ici paraît unique. S'il est impossible à l'heure actuelle d'établir l'identité et la quantité exacte de protéine étrangère contenue dans le sérum, on peut affirmer qu'il est exceptionel de voir une telle hyperprotéinémie associée à un myélome et unique de voir la protéine anormale précipiter spontanément. On peut se demander quelles relations il y a entre la présence dans le courant sanguin de cette albumine en équilibre instable et les troubles circulatoires observés et s'il ne peut se produire *in vivo* dans les vaisseaux des extrémités des précipitations analogues à celles constatées *in vitro*.

ROBERT CLÉMENT.

Read Ellsworth. ***Observations sur un cas d'hypoparathyroïdisme post-opératoire*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LII, n° 2, Février 1933). — Chez une femme de 36 ans, une double thyroïdectomie partielle fut suivie, après quinze jours, de douleurs épigastriques, de crampes et de contractures dans les mains et les pieds, avec sensation de nervosité et de tension générale. A son entrée, les signes de Trousseau, de Chvostek et de Pool étaient positifs avec légère hypertension artérielle et accentuation du deuxième bruit. La tétanie évidente était confirmée par une diminution du calcium sanguin (55 milligr. par litre).

La malade fut mise à un régime contenant, par jour, 1 gr. de phosphore et 2 gr. de calcium, on complétait avec du lactate de Ca. En peu de jours, il y eut amélioration des symptômes, élévation de la calcémie et de la phosphorémie. Ensuite, la limitation de l'ingestion quotidienne de phosphore à 0 gr. 27 amena une nouvelle amélioration clinique, une légère élévation de la calcémie et un abaissement du taux du phosphore sérique vers la normale. Il fallut élever l'ingestion quotidienne du calcium à 5 gr. en donnant du chlorure de calcium pour obtenir un retour à la normale de la calcémie, un abaissement vers la normale de la phosphorémie et la disparition de tous les symptômes.

L'administration d'ergostérol irradié (4 cmc de viostérol, 250 D par jour) provoqua une chute de la calcémie, une augmentation du phosphore inorganique et l'apparition de signes de tétanie (La dose employée paraît forte).

Pendant la prise de sels de magnésium, le phosphore inorganique du sérum s'éleva beaucoup, mais avec une calcémie plus basse et une phosphorémie plus haute que celles observées en pleine tétanie, la spasmophilie resta latente.

A 2 reprises, l'injection de 80 unités de parathormone fut suivie d'une chute rapide du phosphore inorganique sérique à un niveau normal; quelques heures après, le calcium du sérum s'éleva pour atteindre, vingt-quatre heures après, 92 milligr. par litre. L'amélioration symptomatique commença huit heures après l'injection.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA (Bologne)

G. Pistocchi. ***Expériences sur le sinus carotidien*** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, t. XXXIII, n° 1, Janvier 1933). — Les recherches expérimentales, objet de ce mémoire, ont été suggérées par les faits observés au cours de l'ablation d'une tumeur primitive de la glande sous-maxillaire gauche, avec envahissement de la chaîne ganglionnaire carotidienne. L'exérèse, faite à l'anesthésie locale, déjà difficile elle-même, fut gênée par les préoccupations que donnèrent l'apparition, chez le malade, d'alternatives brusques de bradycardie

et de tachycardie qui cessèrent aussitôt l'opération terminée.

On ne peut expliquer ces troubles cardio-vasculaires par l'excitation du vague, depuis que Hering a montré que le réflexe qui les produit a pour centre le sinus carotidien. Les variations ne sauraient recevoir l'explication de Danielopolu pour qui l'excitation prolongée du sinus, après une première période de bradycardie, donne ensuite de la tachycardie; elles sont dues, pour P., aux pressions exercées, au cours de l'intervention, sur le sinus et sur les carotides, en amont et en aval de lui. La pression sur le sinus et en aval excite le tonus et, par suite, l'hypotension avec bradycardie; la pression en amont abaisse le tonus dépresseur et produit, par suite, l'hypertension et la tachycardie. P. donne à ce réflexe sino-carotidien, étudié par Pagano dès 1900, le nom de Pagano-Hering. Ainsi ce réflexe peut être mis en jeu par la pression digitale du chirurgien qui opère sur les parties latérales du cou et aussi par l'anesthésiste qui relève le maxillaire. C'est là une cause de mort subite au cours de la chloroformisation pour laquelle Hering fait intervenir une excitation du réflexe dépresseur par cet anesthésique, à la période de début, et aussi le fait que ce réflexe est plus lent à disparaître que le réflexe cornéen.

P. ne croit pas à l'existence de cette hyperréflectivité qui n'est pas démontrée par une série de recherches expérimentales dont le compte rendu et la discussion remplissent ce long mémoire et ne peuvent être résumées. Toutes tendent à prouver que l'intensité du réflexe dépresseur déterminé par l'excitation directe du bulbe carotidien, chez l'animal anesthésié, dépend de la pression sanguine, surtout de celle des petits vaisseaux périphériques. Il ne se produit que pour les valeurs moyennes de cette pression et disparaît dans l'hypertension forte due à l'injection intraveineuse d'adrénaline et dans l'hypotension par inhalation de nitrite d'amyle. Aucune des conditions favorisantes expérimentalement déterminées et ci-dessous énumérées n'a permis de produire la mort de l'animal par excitation, même très forte, du bulbe carotidien.

Voici les diverses conditions d'expériences réalisées, sous lesquelles le réflexe a été étudié :

1° Au cours de l'anesthésie au chloroforme, puis à l'éther successivement.

2° Au cours de l'anesthésie au chloroforme en déterminant soit une hypertension forte par l'adrénaline, soit une hypotension forte par le nitrite d'amyle.

3° Après thyroïdectomie et au cours de l'anesthésie à l'éther.

4° Après hyperthyroïdisation par les extraits et au cours de l'anesthésie à l'éther.

Voici les conclusions que P. tire de ses expériences :

Contrairement à l'affirmation de Hering, dans la narcose au chloroforme, les réflexes sino-carotidiens ne sont pas exaltés. Ils contribuent par contre à produire le collapsus en exagérant la dépression circulatoire déjà provoquée par l'action toxique du narcotique.

Après thyro-parathyroïdectomie, le réflexe hypopresseur et ralentisseur subit une forte diminution; les secousses musculaires, dues à l'excitation du sinus, augmentent, par contre, d'intensité.

L'administration d'extrait thyroïdien exalte les réflexes du sinus, mais cette exaltation disparaît très rapidement, de même que, dans la thyroïdectomie, la phase d'hypertension initiale est rapidement suivie d'hypotension. Il est vraisemblable que l'intensité des réflexes est sous la dépendance de l'état des capillaires, bien plus que sous celle d'une excitabilité, plus grande ou plus petite, propre au sinus.

P. Grisel.

LA PEDIATRIA
(Naples)

L. Cerza (Naples). ***Sur l'efficacité thérapeutique du cuivre dans les anémies de l'enfance*** (*La Pédiatria*, t. XLI, n° 2, 1er Février 1933). — Cette étude démontre les bons résultats fournis par l'administration de cuivre aux enfants atteints d'anémie. Sur 24 sujets traités, 8 étaient atteints d'une anemie alimentaire et les 16 autres de formes variées d'anémie. Dans 2 cas seulement la thérapeutique instituée a échoué; dans un troisième cas, son action a été minime, mais dans tous les autres, les effets heureux ont été rapides et accentués, se manifestant par une augmentation progressive du taux de l'hémoglobine, du nombre des globules rouges et de l'index réfractométrique. L'augmentation de l'hémoglobine a été au minimum de 0,15, au maximum de 0,33; celle des globules rouges au minimum de 600.000, au maximum de 1 million 750.000.

C. a utilisé le sulfate de cuivre qui peut être prescrit sans inconvénient à la dose journalière de six milligr. Toutefois, C. a préféré ne pas dépasser par vingt-quatre heures la dose de quatre à cinq milligr. Dans certains cas où s'est manifesté de l'intolérance, le traitement fut momentanément interrompu pour être repris à une dose journalière inférieure de trois milligr. La quantité totale de sulfate de cuivre administrée, a oscillé entre 80 et 140 milligr. pour une période de vingt-cinq à trente jours.

Ce traitement étant simple et peu coûteux, C. demande que ses essais soient poursuivis sur une plus vaste échelle.

G. Schreiber.

E. Tatafiore (Naples). ***Trente cas de manifestations eczémateuses de diathèse exsudative traités par l'hémothérapie maternelle*** (*La Pediatria*, t. XLI, n° 2, 1er Février 1933). — C'est en 1925 que Mazzei fit connaître à la section napolitaine de la Société italienne de pédiatrie le pourcentage élevé de guérisons qu'il a obtenu en traitant par l'hémothérapie des nourrissons atteints d'eczéma. T. a repris cette étude et a injecté du sang maternel à 30 nourrissons présentant les manifestations eczémateuses de la diathèse exsudative. Sur ce nombre, 23 ont guéri complètement et parmi eux, 16 n'ont pas présenté de nouvelle poussée d'eczéma depuis plusieurs mois.

Le nombre des injections de sang maternel a été de 8 dans un seul cas, de 7 dans 2 cas, de 6 dans 3 cas, de 5 dans 7, de 4 dans 6, de 3 dans 3, de 2 dans 1, et l'intervalle entre deux injections a été de cinq jours.

La quantité de sang injectée chaque fois a été de 1 à 7 cmc, et cette dernière dose maxima n'a été utilisée qu'une seule fois.

L'amélioration obtenue s'est manifestée dès les deux ou trois premières injections, et l'un des premiers symptômes amendé par cette thérapeutique fut le prurit. En aucun cas, T. n'a observé de réaction locale ou thermique, et par contre, il a pu constater chez certains enfants les bons effets de l'hémothérapie maternelle sur l'état général.

G. Schreiber.

ACTA DERMATOLOGICA
(Kioto)

Ohya. ***Etudes expérimentales sur la culture pure de Spirochète pallida*** (*Acta dermatologica*, t. XIX, nos 5-6, 1932). — En 1926, Kroo a obtenu une culture impure de *Sp. pallida* dans du sérum de cheval contenant un morceau de foie frais de cobaye. Après 21 réensemencements, il put obtenir une culture pure dans un milieu constitué par 10 pour 100 de sérum de lapin avec un morceau de foie frais de cobaye.

O. ensemença cette souche dans divers milieux constitués par du sérum de cobaye ou de lapin, de mouton ou d'homme et contenant un morceau de foie frais de lapin ou de cobaye.

On observe d'abord une phase de multiplication par division. Après la vingt-cinquième heure, on note que la culture se trouble et devient blanche, puis jaune, puis brune autour du foie; à l'ultramicroscope, on voit de nombreux spirochètes jeunes, courts, à mouvements vifs.

Le quatrième jour, la culture est d'un vert jaune; les spirochètes augmentent de nombre jusqu'au septième jour.

A partir du huitième ou neuvième jour, les spirochètes dégénèrent; la culture devient vert noirâtre; les mouvements des spirochètes diminuent et le vingt et unième jour tous les spirochètes sont morts; le milieu liquide est devenu tout noir.

O. a pu réensemencer ses cultures trente-deux fois. Mais ces spirochètes de cultures inoculés à des lapins par voie sous-arachnoïdienne, intraveineuse, intracardiaque, intracutanée, intratesticulaire, intraoculaire se sont toujours montrés non pathogènes pour l'animal. Des souris et des rats inoculés par voie intrapéritonéale sont également demeurés sains.

R. Burnier.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
(Lausanne)

M. Roch. ***Le venin d'abeilles dans le traitement des sciatiques*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. LIII, n° 2, 25 Février 1933). — Les injections sous-cutanées ou intra-dermiques de venin d'abeilles ont été essayées chez 14 malades : dans 2 cas de rhumatisme chronique, il y eut amélioration; dans 2 cas de lumbago, très bons résultats; sur 10 cas de sciatique, 3 bons et 7 très bons résultats. A cela il faut ajouter l'auto-observation de R. dont les douleurs articulaires du genou et sciatiques disparurent à la suite d'une série d'injections intra-dermiques.

On commence par 1/10 de centimètre cube d'une solution faible et on augmente rapidement les doses, soit en injections quotidiennes, soit tous les trois ou quatre jours. Les piqûres provoquent des réactions locales sous forme de placards érythémateux souvent prurigineux, des réactions générales rarement importantes, avec fièvre et frissons, parfois aussi des réactions focales, qui sont de bonne augure pour l'efficacité du traitement.

L'« apithérapie » ne doit pas être assimilée à une protéinothérapie, car le venin d'abeilles est actif, même lorsqu'il est totalement privé de ses albumines.

Robert Clément.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Guy Laroche et H. Simonnet. ***Les propriétés pharmaco-dynamiques des extraits de lobe antérieur d'hypophyse. Recherches expérimentales et cliniques*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIII, n° 2, Février 1933). — Dans les extraits antéhypophysaires, on peut admettre l'existence d'une hormone de croissance (hormone stomatotrope), et de deux hormones agissant sur les glandes sexuelles, l'une stimulant la maturation folliculaire chez la femelle et la spermatogénèse chez le mâle (hormone gonadotrope), l'autre provoquant la lutéinisation du follicule de de Graaf (hormone lutéinisante). Les autres propriétés, action thyrotrope, action sur le métabolisme, sont rapportées à l'une ou à l'autre de ces hormones.

L. et S. exposent les recherches de nombreux auteurs sur ces actions pharmacodynamiques et sur l'identification de ces hormones.

Dans leurs recherches, ils ont utilisé une hormone préparée soit à partir du lobe antérieur de l'hypophyse, soit à partir de l'urine de grossesse. Sur 46 malades, 36 ont été améliorées. Les injections ont été faites à la dose de 20 unités par jour, en général tous les jours, quelquefois tous les deux jours, habituellement pendant les quinze jours qui précèdent la date d'apparition présumée des règles. L'action favorable se fait sentir sur le flux menstruel et les phénomènes pathologiques qui l'accompagnent, avec régularisation des périodes menstruelles. Les injections d'extrait antéhypophysaire ont habituellement donné de bons résultats en cas d'aménorrhée, notamment dans les aménorrhées et dysménorrhées des jeunes filles, parfois au moment de ménopauses troublées.

Il semble que, dans certains cas, il y ait intérêt à associer l'opothérapie antéhypophysaire à l'administration de folliculine ou de lutéine.

Le principe gonadotrope antéhypophysaire vient donc enrichir le groupe des hormones stimulant une sécrétion dont le type est la sécrétine duodénale qui agit sur la sécrétion exo-pancréatique. A ce titre, elle s'oppose aux autres hormones dont l'action la plus évidente se borne à être substitutive.

L. Rivet.

Charles Auguste (Lille). ***Influences comparées de l'ingestion d'eau pure et d'une eau minérale diurétique sur les protéines du sérum sanguin (Deuxième partie)*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIII, n° 2, Février 1933). — A., qui, dans la première partie de ce travail, a étudié l'influence de l'ingestion d'eau pure sur le taux global des protéines du sérum sanguin, envisage dans ce second mémoire les variations du taux global des protéines consécutives à l'ingestion d'eau de Vittel Grande Source, ainsi que les variations du rapport sérine-globuline provoquées par une absorption d'eau, pure ou minérale.

Six sujets normaux ont été soumis à des expériences ayant pour but d'étudier comparativement l'influence de l'ingestion d'un demi-litre d'eau pure ou d'eau de Vittel Grande Source sur ces divers éléments. Les dosages ont été effectués par la méthode d'oxydation chromique sur des échantillons de sang veineux, prélevés de quart en quart d'heure pendant trois ou quatre heures consécutives à l'aide d'un petit trocart laissé à demeure dans la veine pendant toute la durée de l'expérience.

1° Les variations du taux global des protéines ont montré que l'ingestion d'eau pure provoque constamment une hydrémie physiologique passagère qui apparaît au bout de trente à soixante minutes, atteint rapidement une valeur maxima qui correspond à une augmentation de volume de 5 à 9 pour 100 (moyenne 6,99) du sérum initial et redescend ensuite en décrivant, pendant plusieurs heures, une série d'oscillations très irrégulières.

L'hydrémie provoquée par l'ingestion de l'eau minérale est nettement plus précoce et plus intense: quinze minutes après le début de l'expérience, elle dépasse déjà le taux de 5 à 7 pour 100 et la valeur maxima qu'elle peut atteindre par la suite varie suivant les individus entre 7 et 15 pour 100 (moyenne 11,76 pour 100).

L'explication la plus vraisemblable est que cette supériorité de l'hydrémie, due à l'eau de Vittel Grande Source, résulte principalement d'une action sur l'équilibre minéral de l'organisme, les facteurs osmotiques n'intervenant que pour une faible part.

2° La valeur du rapport sérine-globuline subit, dans tous les cas, une augmentation qui peut atteindre 20 à 30 pour 100 de la valeur initiale et commence généralement à se manifester quinze à trente minutes après l'ingestion de liquide. Cette élévation du rapport S/G tend théoriquement à compenser, dans une certaine mesure, l'abaissement de pression oncotique provenant de la dilution sanguine.

L'influence de l'eau de Vittel Grande Source sur le rapport sérine-globuline ne diffère pas sensiblement de celle de l'eau pure.

L. Rivet.

GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE
(Paris)

J. Hutinel, H. Diriart et M. Albeaux-Fernet. ***La diphtérie des adultes*** (*Gazette médicale de France et des pays de langue française*, n° 3, 1er Février 1933). — Lorsque l'angine est d'apparence bénigne localement, le rhino-pharynx tout entier peut être tapissé de fausses membranes, l'angine se présentant plus comme la sortie d'une diphtérie pharyngée profonde que comme une localisation primitive. L'angine, discrète au point de vue local et grave au point de vue général, traduit en réalité une diphtérie déjà ancienne. La voix assourdie, nasonnée, la bouche continuellement entr'ouverte, souvent une paralysie vélopalatine révèlent l'existence de cette rhinopharyngite.

L'adénopathie n'est pas l'apanage des diphtéries de l'enfant, elles est souvent intense chez l'adulte et a une remarquable valeur diagnostique.

Dans la majorité des cas, la sérothérapie antidiphtérique exerce une action indéniable et rapide. Quelquefois les fausses membranes qui ont résisté aux premières injections disparaissent complètement après une dose supplémentaire. Dans quelques cas, après la chute des fausses membranes, les amygdales, le voile du palais et les piliers ont un aspect blanchâtre parsemé de zones rougeâtres; il s'agit non d'une persistance ou d'une réapparition des fausses membranes, mais d'une nécrose de la muqueuse.

Malgré la sérothérapie, on voit persister parfois les signes locaux ou s'installer un syndrome cardiovasculaire dans lequel on retrouve les éléments du syndrome secondaire de la diphtérie maligne, ou se multiplier des hémorragies.

Des manifestations rénales observées au cours des angines diphtériques graves doivent être attribuées à une néphrite sérique. L'albuminurie apparaissant un ou deux jours après l'injection de sérum, disparaissant en une quinzaine de jours, l'absence de troubles associés sauf une légère poussée azotémique et l'absence de séquelles font penser qu'il s'agit simplement d'un processus d'élimination du sérum.

Les paralysies motrices sont insidieuses, les formes frustes fréquentes. H., D. et A. ont observé plusieurs hémiplégies faciales et un syndrome cérébelleux transitoire. Dans quelques cas, ils ont noté l'impossibilité d'absorption des liquides, sans rapport avec une paralysie du voile, mais due à des nausées ou des vomissements survenant à la moindre tentative d'ingestion.

La sérothérapie est une arme merveilleusement efficace; ses échecs sont dus à une intoxication diphtérique déjà très avancée ou à une affection secondaire. Dans les formes graves, les injections intraveineuses d'ouabaïne et les injections intra-musculaires d'adrénaline ont été remarquablement efficaces.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

C. Lian et A. Blondel. ***L'hypotension artérielle orthostatique*** (*Paris Médical*, t. XXIII, n° 8, 25 Février 1933). — Il est faux que le passage du décubitus dorsal à la station debout entraîne un abaissement physiologique de la tension artérielle: l'hypotension artérielle orthostatique est un phénomène franchement pathologique, d'ailleurs la chute de pression est en général très accentuée pouvant atteindre 10 cm. de mercure dans certains cas. Il s'agit de faits rares, puisque à l'observation rapportée ici, L. et B. n'ont pu réunir que 15 cas antérieurement publiés.

La symptomatologie consiste en lipothymies ou syncopes et en vertiges se produisant quand le malade est debout en particulier après le passage brusque du décubitus à la station debout. Ces signes s'observent fréquemment le matin au réveil, au saut du lit ou ils surviennent dans la journée à la suite d'une fatigue. Ces troubles revêtent une allure extrêmement capricieuse. Couchés, les malades sont toujours très bien. Les éblouissements, syncopes ou vertiges ne se produisent pas chaque fois que le malade passe à la station verticale, mais par périodes, par intermittences.

Le diagnostic est facile, le seul critérium est la mensuration de la tension artérielle debout et couché. Des lipothymies orthostatiques peuvent être observées au cours de l'anémie.

Il est probable que lipothymies et syncopes qui accompagnent l'hypotension orthostatique sont dues à l'accentuation du trouble vaso-moteur dont la chute de la tension artérielle est la traduction clinique. Il est difficile de préciser la cause de celle-ci; on peut penser qu'il s'agit de l'insuffisance d'action du centre nerveux régulateur du tonus vasculaire qui lors du passage du décubitus à la station debout compense les influences mécaniques. On peut considérer comme inexacte l'hypothèse incriminant une diminution de sensibilité des plexus nerveux du sinus carotidien.

Les essais thérapeutiques: antinervins, éphédrine, port d'une ceinture hypogastrique aboutissent dans la majorité des cas à des échecs. « Il faut attendre la multiplication des faits et des tentatives thérapeutiques pour aboutir à des conclusions précises. »

Robert Clément.

P. Harvier et R. de Brun. ***La sténose pylorique par hypertrophie musculaire chez l'adulte*** (*Paris Médical*, t. XXIII, n° 8, 25 Février 1933). — Chez une femme de près de 60 ans, H. et B. ont observé une sténose pylorique par hypertrophie musculaire et l'examen de la pièce opératoire a

révélé, dans toute leur pureté, les caractères histologiques de la sténose hypertrophique des nouveau-nés : muqueuse fortement plissée, mais normale, sous-muqueuse normale non hypertrophiée; musculeuse présentant une hypertrophie considérable portant surtout sur la couche circulaire, qui est 5 à 6 fois plus considérable que la couche longitudinale.

De tels faits sont exceptionnels, on n'en trouve dans la littérature que 7 ou 8 comparables. De la lecture des différentes observations se dégage une symptomatologie remarquablement uniforme. Dans une première phase, toujours très longue, occupant une partie de l'existence du malade, parfois même toute sa vie, l'affection est parfois complètement latente; dans d'autres cas, marquée par une dyspepsie d'apparence banale, le plus souvent modérée. Puis assez brusquement d'ordinaire, sans cause apparente, l'affection entre dans la deuxième phase, évolutive, durant quelques mois, marquée avant tout par un état de dénutrition progressive aboutissant rapidement à la cachexie, cependant que les signes de dyspepsie s'aggravent modérément.

L'examen radiologique fournit un renseignement de premier ordre, en montrant un rétrécissement uniforme et régulier du pylore qui prend un aspect « tubuleux » sur une longueur de 2 à 4 cm., image que ne modifie pas l'épreuve de l'atropine.

L'intervention amène la disparition immédiate et définitive de tous les phénomènes. Le caractère subitement évolutif de la maladie ne semble pas correspondre à une modification de l'état anatomique de la lésion ; d'ailleurs l'obstacle pylorique n'est pas conditionné par le seul volume de la tumeur. L'hypothèse d'un spasme paraît également insuffisante pour expliquer à elle seule l'évolution particulière de cette affection.

S'il n'existe pas actuellement d'explication pleinement satisfaisante des phénomènes, il faut bien connaître l'existence de ces sténoses hypertrophiques du pylore qui peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, et faire songer particulièrement au cancer du pylore, alors que l'intervention relativement bénigne aboutit à une guérison définitive.

Robert Clément.

L'ENCEPHALE
(Paris)

J. Lhermitte. ***La régulation des fonctions corticales*** (*Encéphale*, t. XXVII, n° 9, Novembre 1932). — L. rappelle d'abord les expériences classiques qui ont conduit à placer dans l'écorce cérébrale le siège des fonctions psychiques. Mais la croyance à l'existence d'un appareil régulateur de l'activité corticale, abandonnée pendant un temps, préoccupe à nouveau les esprits depuis la découverte de l'architectonie si variée du cortex.

L. souligne les troubles psychiques des lésions des ganglions centraux : maladie de Wilson, chorée chronique, maladie de Parkinson, encéphalite épidémique. Mais l'écorce de ces malades n'est pas intacte.

Au contraire, dans les atteintes des régions sous-thalamique et infundibulo-tubérienne, on observe au premier plan des troubles du sommeil, de l'onirisme, des modifications de l'affectivité.

Reichardt soutient que le tronc cérébral commande à la fois la motricité, les fonctions végétatives et le psychisme. La lésion brusque du bulbe détermine une syncope avec angoisse.

Les auteurs divergent dans l'explication de cette action des centres inférieurs sur le cortex. Il semble que le mécanisme essentiel soit d'ordre chimique : le brome hypophysaire, par exemple, se fixe sur le cortex dans le sommeil.

G. d'Heucqueville.

P. Meignant. ***Les réflexes conditionnels*** (*Encéphale*, t. XXVII, nos 9 et 10, Novembre et Décembre 1932). — Revue générale très complète de la question, d'après les derniers ouvrages de Pawlow et d'Ischlondsky.

Ces pages substantielles, trame de faits expérimentaux innombrables et précis, ne sauraient être résumées. Les auteurs russes emploient une technique extrêmement rigoureuse, dans un laboratoire d'un isolement absolu. Tous les résultats, comme toutes les circonstances de l'expérience, sont exprimés en nombres d'une précision astronomique.

Ces études ont conduit Pawlow et ses élèves aux trois notions abstraites d'excitation, d'inhibition et d'induction. Ces notions s'expriment en langage mathématique. Le cortex est conçu comme une aire géométrique, représentation conforme du monde extérieur, par ses « analysateurs spécialisés ».

La « réflexologie » étend ses méthodes rigoureuses à la psychologie et à la psychiatrie. Du point de vue critique, elle apparaît bien voisine de l'atomisme mental, dont elle représente l'expression moderne, dynamique. G. d'Heucqueville.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(Paris)

R. Sarasin. ***Les solutions colloïdales dans l'examen de la muqueuse du gros intestin. Leur valeur et la technique de leur emploi*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVII, n° 2, Février 1933). — Les nouvelles recherches entreprises en vue de l'exploration des muqueuses du tube digestif ont amené des modifications importantes de la technique et des conceptions radiologiques jusqu'alors dominantes.

Actuellement encore, les partisans des données classiques tendent à reléguer au second plan l'examen des muqueuses qu'au contraire les défenseurs des conceptions nouvelles placent au premier plan, sans que d'ailleurs il existe encore pour ces derniers une unité de vues ou de technique. C'est ainsi que les uns sont fidèles aux suspensions barytées tandis que les autres emploient de préférence des suspensions colloïdales dont la délicatesse de floculation constitue, pour S., un des principaux avantages.

La floculation dépend de la réaction du mucus intestinal et du pH (normale en milieu neutre ou alcalin, anormale en milieu acide, d'où imprégnation irrégulière des muqueuses dans certaines colites, muco-membraneuses en particulier), comme aussi de l'état d'intégrité de la muqueuse (pas d'imprégnation des érosions ou ulcérations).

La répartition est beaucoup plus homogène par les solutions colloïdales que par les suspensions de baryum ou de thorium, à condition que la muqueuse soit parfaitement nettoyée (pour éviter les aspects granités simulant une colite).

La technique doit être rigoureuse et méthodique ; en ce qui concerne le gros intestin, S. considère que moins on emploie de solution colloïdale, plus les résultats sont satisfaisants.

A l'aide d'un appareillage spécial (récipient à deux réservoirs contenant l'un une solution diluée de thorium colloïdal, l'autre une solution analogue plus diluée, munis chacun d'un tube de dégagement, et dont on fait pénétrer le liquide dans la sonde rectale à l'aide de gaz comprimé sous 0,3 à 0,4 atm. sous le contrôle de manomètres), S. règle la vitesse de remplissage et le degré de distension de l'intestin; 5 à 800 cmc de liquide permettent, sans surdistension de l'intestin, d'obtenir un remplissage excellent en faisant varier le degré de dilution des solutions suivant le résultat désiré.

Après évacuation naturelle de l'excès de liquide opaque, cette technique permet d'obtenir des images radiographiques très satisfaisantes de la muqueuse. Morel Kahn.

ODONTOLOGIE
(Paris)

Stelios Sperantsas (Athènes). ***Contribution à l'étude de la malformation ogivale de la voûte palatine*** (*Odontologie*, t. LXXI, n° 2, Février 1933). — S. reprend la question pathogénique si controversée de la voûte ogivale. Il rappelle les opinions émises : stigmates de dégénérescence (Coleman, Mummery, etc.), fonction de dolicocéphalie (Galippe), stigmate d'hérédo-syphilis (Fournier), hypoplasie de l'os incisif (Preiswerk), fréquence chez les arriérés (Charon), fonction du type leptoprosope (Kollmann, Sieberman).

Selon S., et d'accord avec les opinions d'Hirsch, de Vienne, de Kolmann, il s'agirait *d'un vice de conformation qui correspond au stade embryonnaire* pendant lequel aucun facteur mécanique ne peut concourir à la production de l'anomalie. La malformation se complète ensuite. Elle est favorisée par des facteurs acquis généraux et locaux. Le rachitisme rend les maxillaires malléables. La respiration buccale aggrave la malformation, par suite de l'action prépondérante de la sangle jugolabiale, de l'absence d'action modelante de la langue sur le palais. Les molaires temporaires opposent une résistance à la pression jugale. La chute prématurée de ces dents doit donc être évitée autant que faire se peut.

C. Ruppe.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Bourguet (Paris). ***Traitement chirurgical du prognathisme*** (*Revue de stomatologie*, t. XXXV, n° 2, Février 1933). — B. montre que *la résection condylienne, opération de Jaboulay, n'est pas l'opération de choix de tous les prognathismes*. Cette intervention entraîne, en effet, une bascule de la mâchoire inférieure avec abaissement et recul de l'arc mandibulaire. Il en résulte une béance incisive d'autant plus marquée que la résection est plus importante. Elle n'est compensée que si le prognathe avait des incisives en surocclusion.

B. préconise donc *l'opération* de Lane, défendue par Pichler, Pohl, Ernst, Kostecka, Bruhn. Elle consiste *dans l'ostéotomie de la branche montante faite au-dessus de l'épine de Spix*. Grâce à la direction donnée au trait de section, cette opération s'adapte aux 3 variétés de prognathismes ; suivant qu'il s'agit d'un prognathisme avec surocclusion, occlusion ou sous-occlusion des incisives. Il n'y a, avec cette méthode, ni néarthrose ni pseudarthrose. Ce procédé a encore l'avantage de ne pas détruire une articulation. On ne fait que sectionner sans retrancher.

C. Ruppe.

Ponroy et **Cabrol** (Paris). ***Considérations sur le traitement post-opératoire après intervention chirurgicale dans le prognathisme du maxillaire inférieur*** (*Revue de stomatologie*, t. XXXV, n° 2, Février 1933). — 1° Le procédé de *réduction du prognathisme par résection bicondylienne* est efficace, mais crée une béance interincisive. Si elle n'est pas compensée (cas où les incisives étaient en surocclusion), le stomatologiste peut meuler les dents postérieures ou les extraire, ce procédé permet de gagner 5 à 6 mm. au niveau des incisives. Les autres procédés de traction ne donnent que des résultats temporaires. Les résultats définitifs, relatés à la suite des tractions prolongées, sont probablement dus à une plicature du maxillaire inférieur chez des sujets jeunes à os malléables.

2° *Dans l'ostéotomie de la branche montante:* a) si le trait de section est horizontal, l'arcade inférieure glisse parallèlement à l'arcade supérieure.

b) si le trait est oblique en bas et en arrière, il se produit une sous-occlusion des incisives.

c) fait inverse, s'il est oblique en haut et en arrière.

La direction du trait de fracture permet donc de corriger, comme il convient, les 3 variétés de prognathisme.

La direction du trait de fracture dans le sens transversal a aussi son importance. S'il est oblique en bas et en dehors, il empêche le déplacement interne du fragment supérieur.

L'ostéotomie faite, le problème qui se pose au stomatologiste est celui de contenir une fracture des deux branches montantes, les fragments osseux étant au contact. Il est résolu par le blocage intermaxillaire, à noter seulement l'ennui pour le patient de rester plusieurs semaines en bouche close. Ponroy et Cabrol rappellent en dernier lieu que dans les prognathismes graves, les deux mâchoires paraissent s'être développées d'une façon indépendante. Il ne faut donc pas s'attendre à un articulé dentaire parfait.

C. Ruppe.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

G. Mouriquand, M. Bernheim et P. M. Juillet. *Contribution à l'étude des fièvres alimentaires : la fièvre dans le scorbut du nourrisson (Recherches cliniques et expérimentales)* [*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 315, 20 Février 1933]. — Les fièvres alimentaires sont des fièvres aseptiques frappant uniquement les nourrissons, en rapport direct avec l'ingestion de certains aliments (lait sec, babeurre, lait condensé, petit-lait, sel, sucre) ou avec un déséquilibre dans la composition du régime (fièvre de soif, fièvre de concentration, fièvre de carence). C'est dans ces dernières qu'il faut ranger la fièvre scorbutique.

L'hyperthermie est en général contemporaine des grands accidents scorbutiques, elle peut précéder l'éclosion des autres manifestations de la carence et peut être le seul signe de l'avitaminose.

Grâce à l'emploi d'une technique thermométrique précise on peut démontrer l'existence de la fièvre scorbutique au cours de l'avitaminose C expérimentale. Il s'agit ici de scorbut pur et cette reproduction expérimentale permet d'écarter le rôle de l'infection ou de la résorption sanguine dans l'étiologie de la fièvre scorbutique.

La clinique, comme l'expérimentation, montre que cette fièvre ne cède souvent qu'à de très fortes doses de jus frais de fruits ou de légumes; l'efficacité de cette thérapeutique démontre que cette fièvre alimentaire relève bien de la carence en vitamine C.

Robert Clément.

M. Péhu et Mlle Rougier. *Sur la néphrose lipoïdique de l'enfance. — I. Particularités symptomatiques; régime alimentaire; hépatothérapie* (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 315, 20 Février 1933). — La néphrose lipoïdique, pure ou associée, est observée au cours de l'enfance et peut même survenir tôt dans la vie. L'épisode initial est assez fréquemment une angine. Le syndrome néphrose s'installe habituellement d'emblée; cependant, il peut succéder à une néphrite aiguë ou subaiguë. Les œdèmes périphériques s'accompagnent souvent d'ascite et d'hydrothorax. Les transsudats du tissu cellulaire sous-cutané ou des séreuses sont toujours opalescents ou lactescents comme le sérum sanguin. Chez l'enfant, le tableau clinique se complète souvent de signes accessoires, douleurs abdominales, diarrhée séreuse ou aqueuse, altérations cutanées sous forme d'acné, d'érythème ou d'urticaire.

Sans envisager la nature de la néphrose lipoïdique, ce qui constitue un problème très complexe, il ne faut pas se comporter au cours de la néphrose lipoïdique comme s'il s'agissait d'une néphrite vraie autonome. Vraisemblablement, la néphrose lipoïdique est en rapport avec un trouble du métabolisme du cholestérol; de cette notion découle la diététique et le traitement.

La diète hydrique, le régime lacté, le régime lacto-végétarien n'ont jamais apporté d'amélioration. La suppression des corps gras et des aliments riches en cholestérol est absolument indispensable; par contre, il faut prescrire tout ce qui contribue à combattre le déficit sanguin des protides, en premier lieu, le régime carné. On y ajoutera des glucides, de l'eau, des vitamines et du sel en petite quantité. Lorsqu'il s'agit d'un syndrome mixte (néphrose lipoïdique et néphrose vraie) surtout avec œdèmes accentués, l'élimination complète du sel s'impose. L'administration d'extrait thyroïdien ou d'insuline est indiquée. L'adjonction d'extraits hépatiques, débarrassés de lipides, améliore le métabolisme du cholestérol et favorise le retour à l'état normal de la formule chimique du sang.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST

(Nancy)

Hamant et Bodart. *Les indications chirurgicales dans les utérus doubles* (*Revue médicale de l'Est*, t. LXI, n° 4, 15 Février 1933). — Les utérus doubles proprement dits (et non les utérus cloisonnés dont l'intérêt est purement obstétrical) posent un certain nombre de problèmes chirurgicaux; ils font souvent l'objet d'une erreur de diagnostic.

La bifidité gêne dans la plupart des cas l'évolution de la grossesse et donne lieu à des accidents dont le plus grave est la rupture. Si une femme a déjà eu plusieurs grossesses normales et que l'on constate au cours d'une intervention pour salpingite ou fibrome l'existence d'un utérus double, les indications opératoires, sont indépendantes de la malformation, cependant celle-ci est plutôt un encouragement à l'hystérectomie, puisqu'un utérus malformé est plus susceptible d'accidents qu'un utérus normal. Si la femme a eu des avortements successifs, il faut l'opérer assez tôt; l'âge, le désir de maternité sont des arguments en faveur d'une conservation.

La stérilisation systématique est rare; les interventions réparatrices ou conservatrices, telles que l'ablation d'une corne rudimentaire ou une hémi-hystérectomie, peuvent être faites avant la grossesse ou au cours de la grossesse chez une femme qui a eu de nombreux avortements.

Les ruptures de cornes utérines rudimentaires gravides exigent le même traitement qu'une grossesse extra-utérine.

Les dystocies par présentation vicieuse peuvent exceptionnellement nécessiter une césarienne, les dystocies du col sont du domaine obstétrical; les dystocies par utérus congénère entraînent soit la césarienne, soit la césarienne suivie d'hystérectomie, soit la césarienne suivie de l'ablation de la corne prævia, soit l'ablation seule de la corne enclavée. Après l'accouchement, les indications opératoires sont exceptionnelles.

A part l'hématométrie qui est fréquente, la pathologie des utérus doubles ne diffère pas essentiellement de celle des utérus normaux.

En l'absence de complications, les cornes utérines rudimentaires, l'existence d'un ligament vésicorectal provoquant des douleurs continues ou la sténose partielle, ne demandent que des opérations conservatrices. Les hématométries, surtout les volumineuses, nécessitent une intervention à cause des douleurs et de la marche progressive. La ponction et l'incision vaginale sont difficiles et dangereuses; l'hémihystérectomie: une intervention de choix; l'hystérectomie est nécessaire en cas d'hématométrie double; la marsupialisation est un pis aller.

Lorsqu'il y a infection, néoplasie, ou vice de position, on est entraîné le plus souvent à une opération radicale à moins que l'infection soit unilatérale.

La malformation est diagnostiquée par l'examen du col et du vagin et surtout par l'exploration lipiodolée.

Après hémihystérectomie, les suites immédiates sont généralement très simples; dans 9 cas, l'opération fut suivie de grossesse normale. Dans une statistique de 24 opérations de Strassmann (réunion des 2 corps utérins) on signale 4 grossesses ultérieures.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Kostakow et Slanck. *Le traitement des atrophies musculaires progressives par le glycocolle* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 5, 3 Février 1933). — Il y a un an K. Thomas a proposé d'utiliser le glycocolle dans le traitement des atrophies musculaires. Depuis Brand et Harris ont confirmé les données physiologiques qui permettaient d'espérer que le glycocolle pourrait constituer un médicament efficace au cours d'affections vis-à-vis desquelles on est actuellement impuissant.

L'essai clinique, pratiqué par K. et S., s'appuyait donc sur d'intéressantes données biologiques. Il semble que le glycocolle joue un rôle dans la physiologie musculaire à côté de l'acide lactique et des dérivés phosphorés. On ne sait d'ailleurs pas si l'action du glycocolle se restreint à son influence sur la formation de la créatine. Cependant, l'étude des échanges démontre qu'au cours des atrophies musculaires l'organisme a perdu le pouvoir d'utiliser normalement la créatine. Les courbes de créatinurie, après absorption d'un excès de créatine, le démontrent aisément. Chez 7 malades atteints d'atrophie musculaire progressive, datant de plus de neuf mois, et chez 4 sujets témoins présentant des atrophies musculaires secondaires, l'effet du glycocolle sur le métabolisme de la créatine a été étudié. Il a considérablement amélioré l'utilisation créatinique chez les 7 premiers malades. Cette action est durable; au cours de la seconde série de traitement, les réactions sont plus précoces et moins intenses que durant la première.

Chez les 4 témoins, l'action du glycocolle ne s'est pas manifestée par une modification du métabolisme crétinique.

Cliniquement, les sujets atteints d'atrophie musculaire progressive ont été manifestement améliorés: régénération musculaire sensations objectives de tension, chatouillement au niveau des muscles, apparition de secousses fibrillaires; la régression de l'atrophie a pu être appréciée par l'inspection, la mensuration, la recherche de la force musculaire, puis la possibilité pour le malade d'effectuer des mouvements antérieurement impossibles.

D'autres atrophies musculaires, secondaires, pourraient, peut-être, subir aussi l'influence du glycocolle. C'est ainsi qu'il aurait paru avoir une action légère sur la paralysie spinale infantile. Des recherches systématiques demeurent indispensables pour préciser ces faits et limiter le terrain d'action du médicament.

G. Dreyfus-Sée.

Friedrich èt **Bokor.** ***L'action de l'alcool pur sur la motilité gastrique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 5, 3 Février 1933). — Alors que l'action de l'alcool sur la sécrétion gastrique a été l'objet de maintes recherches, on a peu étudié son influence sur la motilité de l'estomac.

Pour procéder systématiquement, F. et B. ont choisi des sujets normaux à qui ils ont fait ingérer successivement la bouillie barytée destinée à éveiller les contractions gastriques et la masse d'alcool à étudier. Une contre-épreuve était pratiquée avec de l'eau absorbée dans les mêmes conditions. Une série d'épreuves ont été tentées en faisant varier les modalités expérimentales (ingestion de la masse totale de bouillie puis du liquide; ingestion alternativement, cuillerée par cuillerée, de la bouillie puis du liquide, solutions alcooliques à taux variable, 5,8 et 10 pour 100 d'alcool, introduction simultanée ou successive de divers aliments : hydrocarbones, protéines, etc.).

Dans ces conditions, la présence d'alcool a toujours prolongé la durée d'évacuation de l'estomac, de façon peu accentuée, mais nettement appréciable.

L'augmentation, dans les limites susdites, de la concentration alcoolique, n'a pas sensiblement modifié les résultats, à condition de ne pas faire varier le volume de liquide ingéré. La nature des aliments absorbés alternativement ou simultanément n'a eu aucune influence sur la digestion.

En ce qui concerne le péristaltisme, une légère excitation passagère a été observée dans un certain nombre de cas après absorption d'alcool, les ondes contractiles étant plus profondes et plus rapprochées durant quinze à vingt minutes. L'action de l'alcool sur la sécrétion gastrique est ici vraisemblablement en cause, l'hypersécrétion agissant secondairement sur la contraction.

Enfin, F. et B. notent incidemment que les petites quantités d'eau bues après ou pendant l'ingestion de la bouillie barytée demeurent sans influence sur l'évacuation gastrique.

G. Dreyfus-Sée.

E. Haase et **J. Wittke.** ***Nouvelles observations sur la cure de démorphinisation en clinique libre*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 7, 17 Février 1933). — Chez 220 sujets la cure a pu être poursuivie sans internement. La suppression avait lieu brusquement, les malades restant éveillés le jour et ne recevant que la nuit des hypnotiques. Plusieurs accidents déterminés par l'emploi de barbituriques et de chloral à hautes doses, pour obtenir le sommeil continu, pendant plusieurs jours, ont déterminé H. et W. à renoncer à ce procédé, préconisé par nombre d'auteurs.

Les bains tièdes, enveloppements, médicaments toniques du système végétatif (éphétonine, injections de sérum sucré), etc., sont utilisés pour obtenir un effet sédatif. Mais pour parer aux premiers accidents de privation médicamenteuse, il faut employer une thérapeutique plus intensive.

Le médicament, qui a fourni dans de nombreux cas des résultats satisfaisants, est assez complexe. Il comporte une oxypurine soluble et injectable sans douleur, associée à un composé calcique et à une solution de novocaïne; il est désigné dans le commerce sous le nom d'helvétine.

Grâce à cette médication, des cures rapides furent obtenues en établissement libre sans incident. Pas plus que pour les autres méthodes de désintoxication, la durée des cures obtenues par ce procédé ne peut être garantie.

G. Dreyfus-Sée.

P. v. Gara. ***Méningite infantile à bacilles analogues à ceux de l'influenza*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 7, 17 Février 1933). — Dans 2 cas de méningite chez des enfants de 6 mois et de 3 ans 1/2, des examens soigneux bactériologiques et anatomo-pathologiques ont été pratiqués.

Les microbes en cause se différenciaient des bacilles de Pfeiffer en ce que leur culture sur milieu privé d'hémoglobine était possible. Ces microbes étaient d'ailleurs difficiles à cultiver et à entretenir aussi bien sur les milieux usuels que sur les milieux au sang; ils n'étaient nullement pathogènes pour les animaux du laboratoire.

Le fait, déjà signalé antérieurement, qu'il n'y avait nulle épidémie grippale lors de l'apparition de ces 2 cas de méningite, mérite aussi d'être signalé.

G. Dreyfus-Sée.

A. Peipers. ***Intoxication saturnine et ulcération gastrique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 7, 17 Février 1933). — L'apparition d'un ulcère gastrique chez un sujet ayant présenté antérieurement des crises douloureuses abdominales par intoxication saturnine pose un problème d'autant plus délicat qu'il soulève une question médico-légale.

Dans la genèse de l'ulcus, il est classique d'incriminer des troubles circulatoires et un déséquilibre entre le pouvoir peptique du suc gastrique et les propriétés de défense antipeptique de la paroi gastrique.

Or, des altérations sécrétoires gastriques ont été signalées lors du saturnisme, ainsi que des altérations pariétales (gastrite) et les troubles circulatoires, entraînant des spasmes vasculaires, ne sont pas rares au cours de cette intoxication. Des lésions nerveuses ont été également observées au niveau des terminaisons du vague, et peuvent cadrer avec la théorie neurogène de l'ulcus.

Il est évidemment impossible d'affirmer dans un cas d'ulcus chez un saturnin qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence explicable aisément de par la fréquence des ulcérations gastriques en clinique; cependant, la relation de causalité ne peut pas être éliminée avec certitude et devra, dans certains cas, analogues à celui observé par P., faire discuter la responsabilité de l'intoxication professionnelle dans la genèse de l'ulcus.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Munich, Vienne)

H. Küstner. ***Fonctions génitales et sport*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 4, 27 Janvier 1933). — Dans l'enthousiasme moderne en faveur du sport, de la culture physique, et de leurs avantages physiques et moraux, les quelques voix divergentes ont été étouffées.

Pourtant déjà certains médecins ont mis en garde contre la tendance à la masculinisation du corps féminin qui succède à l'entraînement sportif systématique et intensif poursuivi au cours de la période de croissance. Hirsch, chez les femmes qui travaillent dans l'industrie textile, avait accusé la station debout et les mouvements effectués constamment lors de la surveillance des machines, de favoriser le rétrécissement du bassin.

Mathes a décrit la morphologie féminine future chez les sportives, et sa description comporte une véritable masculinisation des formes: épaules larges et carrées, hanches minces, tronc relativement court avec membres longs.

K. s'est préoccupé d'une question capitale qui est celle des troubles de la menstruation et des fonctions génitales chez les sportives. Il a constaté dans nombre de cas qu'un entraînement sportif prolongé paraissait déterminer une irrégularité et une diminution des règles, parfois allant jusqu'à l'aménorrhée. Une certaine hypoplasie utérine peut même quelquefois être mise en évidence, et il est possible que ces phénomènes soient annonciateurs d'une diminution sexuelle définitive avec influence sur la fécondation.

La cause de ces lésions serait d'ordre hormonal: les sécrétions endocriniennes génitales peuvent être altérées par suite des modifications générales des échanges au cours des exercices physiques immodérés; en outre, il est possible qu'elles subissent l'influence des irradiations ultra-violettes habituellement excessives auxquelles s'exposent volontairement les sportives.

Ces faits, s'ils sont vérifiés par les observations ultérieures, devraient par conséquent inciter à plus de prudence dans l'organisation du sport féminin. Ils sont en tous cas importants à signaler aux médecins chargés de la surveillance des sportives, car des observations soigneuses et nombreuses sont indispensables pour permettre d'établir des règles générales rendant possible l'élaboration rationnelle des programmes d'éducation sportive.

G. Dreyfus-Sée.

K. Schubel. ***L'action physiologique et pharmacologique de la choline*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 5, 3 Février 1933). — L'acétylcholine du fait de son activité et de sa présence dans l'organisme humain et animal peut être considérée comme une substance spécifique organique et une hormone para-sympathique.

Sa fragilité vis-à-vis des alcalis et même des composants du sang nous indique qu'elle doit être protégée vis-à-vis de l'attaque chimique par ces substances. Il peut s'agir d'une combinaison peu stable avec un élément protecteur, union détruite aisément par action nerveuse ou humorale.

En réalité nous savons peu de chose sur le mode de production de l'acétylcholine ou de la choline, ainsi que sur son rôle régulateur.

Nous connaissons cependant son action paralysante sur les terminaisons des nerfs moteurs et excitante sur celles du système parasympathique. Son rôle synergique de l'histamine, antagoniste de l'adrénaline, est important pour la régularisation de la circulation.

Les recherches récentes ont montré que l'acétylcholine n'agit que lorsque son action est rendue possible par une certaine chute du potentiel tissulaire, musculaire et sanguin due à une pénétration d'une de ses substances antagonistes.

Malgré le taux habituel élevé d'acétylcholine dans les divers tissus, son introduction dans l'organisme peut avoir une influence thérapeutique favorable dans certains états pathologiques tels que l'hypertension, l'hypofonctionnement glandulaire et intestinal et l'éclampsie.

Des recherches nouvelles sont indispensables pour combler les lacunes de notre connaissance du rôle précis de ces substances et permettre de nouvelles utilisations thérapeutiques.

G. Dreyfus-Sée.

E. Urbach. ***Les allergènes de l'habitation à l'origine des dermatoses chroniques et des mycoses*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 6, 10 Février 1933). — Il est actuellement classique d'incriminer les substances allergiques de l'habitation dans la genèse de certaines dermatoses chroniques telles que prurigo, lichen, urticaire, eczéma chronique, etc.; St van Leeuwen a accusé essentiellement les moisissures de la maison et préconisé le traitement par séjour dans des chambres dont l'air est privé d'allergènes de toute nature.

U. s'est efforcé de mettre en évidence chez de nombreux malades les substances responsables des accidents.

Le test de l'habitation est recherché systématiquement chez chaque sujet. Pendant trois jours, le malade passera les nuits hors de chez lui, et durant son séjour diurne n'utilisera pas son lit. Les causes

alimentaires, ou la sensibilisation par allergènes exogènes (odeurs animales, poils, fleurs, vêtements, etc.), ont tout d'abord été soigneusement éliminées. Si le malade ne présente aucune manifestation après trois jours, on pratique l'épreuve inverse : séjour uniquement nocturne dans la chambre. En cas d'apparition de symptômes subjectif ou objectif, l'étude systématique de chacun des composants du test sera tentée.

Certains sujets réagissent nettement à l'une de ces 2 épreuves, il est alors relativement aisé de supprimer la cause déclanchante, si besoin de changer le malade de chambre ou même dans certains cas de préconiser un changement d'habitation.

G. Dreyfus-Sée.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Marquardt. ***Recherches sur l'urticaire par le froid et l'urticaire artificielle*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 8, 25 Février 1933). — L'urticaire par le froid est assez souvent notée à tous les âges ; à la suite d'une influence locale de froid, d'humidité, de vent, de refroidissement de température, apparaissent des papules urticariennes typiques après une période de latence variable.

De nombreux auteurs attribuent à l'urticaire par le froid un caractère allergique : on note souvent, en effet, une crise hémoclasique après l'accès, une hémoglobinurie ; la transmission passive de la sensibilité au froid par le sérum sanguin est possible dans certains cas. Cependant, dans des observations rapportées par plusieurs auteurs, cette transmission fut impossible.

M. relate 3 cas d'urticaire par le froid et 1 cas d'urticaire artificielle. Il a constaté qu'après application d'un lien au bras, l'apparition d'urticaire sur l'avant-bras, après refroidissement à la glace, était empêchée. Quand la circulation est rétablie, l'urticaire apparaît.

Il ne lui a pas été possible de transmettre la sensibilité au froid par la méthode de Prausnitz-Küstner, ni par celle de Lehner-Rajka.

Une crise hémoclasique a été notée dans tous les cas (5.600 leucocytes après l'accès au lieu de 13.200, dans un cas).

M. conclut en demandant d'autres observations avant de conclure à la nature allergique de l'urticaire par le froid.

R. Burnier.

I. Sabry (Alexandrie). ***La nature chimique de la toxine pellagreuse et le traitement de la pellagre par l'hyposulfite*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n°s 7 et 8, 18 et 25 Février 1933). — S. arrive à cette conclusion que la pigmentation pellagreuse est due à la mélanine et que celle-ci résulte, comme l'a montré B. Bloch, de l'action d'une oxydase sur la dopa (dioxyphénylalaline) ; la pellagratoxine est donc identique à la dopa.

S. ne croit pas à la théorie avitaminique de la pellagre, car il a observé la pellagre chez des paysans bien nourris et gros mangeurs de vitamines. Il estime que la pellagre s'observe chez des sujets qui se nourrissent de maïs, de haricots, de vin artificiel (solution alcoolique contenant une substance colorante du groupe benzénique, employée en Egypte), parce que ces divers aliments renferment de la dopa.

Après avoir montré l'affinité de l'hyposulfite de soude pour la dioxyphénylalaline, S. expose sa méthode de traitement de la pellagre qui consiste dans des injections intraveineuses quotidiennes de 10 cmc d'une solution à 10 pour 100 d'hyposulfite de soude chimiquement pur dans l'eau distillée, stérilisée à l'autoclave ou bouillie pendant dix minutes. Le nombre des injections varie suivant les cas entre 10 et 60.

Sur 97 cas traités par cette méthode, S. a enregistré de nombreux succès. L'érythème du début disparaît après 2 ou 3 injections, et on peut faire avorter la maladie avec 10 et 15 injections. Les manifestations cutanées, la gangrène disparaissent d'autant plus rapidement que les lésions sont plus récentes. La diarrhée, symptôme ordinairement très tenace, est rapidement améliorée ; le nombre des selles passe de 20 à 4 au bout de 8 à 10 injections. Les troubles gastriques disparaissent au milieu du traitement. Le marasme, l'insomnie, la mélancolie régressent rapidement et les malades reprennent du poids.

R. Burnier.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

V. Lambea. ***La phrénicectomie dans le traitement actuel des affections pulmonaires*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 1, 4 Janvier 1933). — Revue complète de la question avec bibliographie. L'auteur publie les résultats (succès et échecs) de 300 interventions personnelles. Il estime la phrénicectomie préférable au pneumothorax artificiel dans un grand nombre de cas. Il considère qu'elle doit constituer le premier temps de la thérapeutique collapsothérapique.

L'intervention est facile en règle générale, à la lumière d'un réflecteur, sous anesthésie locale à la novocaïne, sauf anomalies anatomiques. Les accidents opératoires à craindre sont l'ouverture des veines, la section des nerfs de la région (pneumogastrique, récurrent, sympathique). Dans la traction exercée sur le bout coupé, on peut encore, en cas d'adhérences, rompre les parois d'un vaisseau médiastinal ou d'une caverne. Complications secondaires : pneumothorax, emphysème, bronchectasie.

L'amplitude de l'ascension du diaphragme est fonction de la perfection de la technique, de la longueur du nerf extirpé, de la tension gazeuse abdominale, de la rétractilité du poumon. Après l'intervention, on observe une crise hyperglobulique, parfois un syndrome basal et des troubles gastriques.

La phrénicectomie a de vraies indications sociales : malades pauvres qui ne peuvent bénéficier d'une cure suffisante en sanatorium. L'auteur recommande de lui adjoindre une cure d'hyposulfite d'or et de sodium, association qui constitue à ses yeux un grand progrès.

Indications formelles de la phrénicectomie : adhérences pleurales, formes fibreuses, petites cavernes. Les lésions de la base en bénéficient, mais moins que celles du sommet. On a observé des améliorations même dans les lésions bilatérales. Chez l'enfant, il faut toujours pratiquer une phrénicectomie en cas de lésions unilatérales.

En dehors de la tuberculose, les abcès et kystes hydatiques pulmonaires, les pleurésies purulentes, les pleurites diaphragmatiques, sont justiciables de la phrénicectomie.

G. d'Heucqueville.

J. C. Navarro et S. de Alzaga. ***Abcès hépatique à trichomonas hominis*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 2, 11 Janvier 1933). — Les abcès hépatiques de l'enfant, peu fréquents, sont d'un diagnostic plus difficile que ceux de l'adulte. Ils compliquent habituellement la dysenterie amibienne, l'appendicite, les helminthiases, plus rarement la typhoïde, l'otite, les suppurations, les septicémies, la tuberculose.

Les auteurs donnent la bibliographie sud-américaine et étrangère relative à l'abcès du foie infantile.

Ils rapportent l'observation d'un abcès hépatique à trichomonas survenu chez un enfant de 7 ans. Début par une vive douleur abdominale à droite. Puis, cinq jours après, frisson, vomique de couleur chocolat. Souffle pulmonaire à droite. La radiographie montre une ombre épaisse au même niveau, puis une image hydro-aérique.

Dans les crachats, on met en évidence la présence de nombreux trichomonas, dans les selles de blastocystes.

On ouvre un abcès intra-thoracique, communiquant avec une poche hépatique. Le malade meurt de troubles urinaires graves, un mois après le début de l'affection.

N. et A. insistent sur les caractères microscopiques des trichomonas, éléments monocellulaires mobiles, pourvus d'une membrane ondulante et d'un flagellum. Les blastocystes représentent une forme enkystée. Ils recommandent de fixer les éléments à froid par les vapeurs de brome.

G. d'Heucqueville.

R. Iribane. ***Prophylaxie et traitement de la rougeole*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 2, 11 Janvier 1933). — Note pratique dans laquelle l'auteur recommande spécialement la sérothérapie et la cure par l'amido-pyrine.

Le sang ou le sérum de convalescent confèrent une immunité totale, mais de courte durée, et préviennent l'éclosion de la maladie, s'ils sont injectés dans les cinq premiers jours de l'incubation. Administrés entre le cinquième et le huitième jour, ils atténuent encore notablement sa virulence.

On injecte par voie intra-musculaire 10 cmc de sérum, ou 40 de sang. Ou bien l'on instille, par voie nasale ou conjonctivale, quelques gouttes par jour pendant dix jours.

L'amido-pyrine (chlorhydrate de quinine) atténue considérablement les symptômes : souvent l'exanthème n'apparaît même pas. Dose : 3 à 30 centigrs. Ce sel serait quasi spécifique de la rougeole ; mais il provoque des phénomènes d'intolérance (nausées, vomissements) chez certains sujets.

G. d'Heucqueville.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

H. D. Gonzalez. ***Diphtérie et urée sanguine*** (*La Semana Medica*, t. XL, n° 2, 12 Janvier 1933). — L'auteur, comme dans une précédente publication, « la glycémie dans la diphtérie », cherche un élément de pronostic de cette affection. Il a mené sur le taux de l'azotémie une enquête chez 276 diphtériques.

L'école de Lyon avait attiré l'attention sur la néphrite diphtérique. Pour ces auteurs, une azotémie supérieure à 1 gr. impliquerait un pronostic fatal. Au facteur rénal, prépondérant, s'adjoindraient des facteurs cardiaque, hépatique, surrénal.

G. estime que l'élévation de l'azotémie, élévation qui peut atteindre 5 gr., est le patrimoine des formes malignes. Mais il reconnaît que l'hyperazotémie n'est pas le seul élément de pronostic : des malades présentant de hautes azotémies ont guéri.

G. d'Heucqueville.

E. F. Gandolfo, F. Lavalle et E. F. Newton. ***Le carbone dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*La Semana Medica*, t. XL, n° 3, 19 Janvier 1933). — G., L. et N. soumettent à une enquête sévère, portant sur 130 cas graves, la méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire par le carbone pulvérulent intra-veineux. Wedeking, son promoteur, la considérait comme très active dans les formes jeunes et les formes torpides.

La méthode est basée sur la constatation que les travailleurs des mines, qui respirent des poussières

charbonneuses, sont peu réceptifs à la tuberculose pulmonaire. Leurs bacilloses sont bénignes. Des animaux tuberculeux, d'autre part, ont été guéris, l'autopsie l'a vérifié, par les injections de carbone pulvérulent.

C. L. et N. utilisent trois préparations un peu différentes de carbone. Le métalloïde, divisé sur un filtre en particules assez fines pour ne pas obturer les vaisseaux, est entraîné par un courant de sérum dans lequel il constitue une suspension semi-colloïdale.

L'injection intra-veineuse de ces préparations est toujours suivie, dans les vingt-quatre heures, d'une forte réaction: frisson, céphalée, hyperthermie (40°). Cette réaction générale ne s'accompagne d'aucune réaction ni congestion focales, contrairement à celle que provoque la tuberculine. Ni réactivation, ni hémoptysie ne sont donc à craindre. Crise rapide, avec débâcle urinaire, chute de la leucocytose.

Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête sont favorables à la méthode. 75 pour 100 des malades traités ont été améliorés, 20 pour 100 guéris cliniquement. Les formes parenchymateuses en bénéficient plus que les formes fibreuses. Dans ces dernières, des répercussions sur l'appareil circulatoire sont à craindre.

Cette technique mérite donc d'entrer dans l'arsenal thérapeutique habituel de la bacillose pulmonaire. Elle doit au moins être essayée après les méthodes classiques.

G. d'Heucqueville.

P. Cossio. ***L'effet de la quinidinothérapie intraveineuse dans une attaque prolongée de tachycardie ventriculaire*** (*La Semana Medica*, t. XL, n° 3, 19 Janvier 1933). — C. rapporte l'observation d'une malade de 42 ans, atteinte de tachycardie persistante (220 pulsations par minute). L'électrocardiogramme est très perturbé, diphasique. Hypotension artérielle: 9/6. Les troubles avaient débuté par des vomissements incoercibles.

Une injection intra-veineuse de sulfate de quinidine, à la dose de 50 centigr., fait céder rapidement la tachycardie; l'électrocardiogramme redevient normal.

L'état général se rétablit, mais les vomissements persistent. Azotémie: 4 gr. 09. Quelques jours plus tard, une brusque élévation thermique emporte la malade. L'autopsie montre un large infarctus du myocarde par oblitération de la coronaire droite.

G. d'Heucqueville.

BRUXELLES MÉDICAL

G. Derscheid et **P. Toussaint** (Bruxelles). ***Contribution à l'étude de la formation, de l'évolution et du traitement des adhérences pleurales au cours du pneumothorax artificiel*** (*Bruxelles Médical*, t. XIII, n° 14, 5 Février 1933). — Il arrive que chez les tuberculeux, le pneumothorax thérapeutique est impossible en raison d'une symphyse pleurale totale; plus souvent des adhérences limitent le collapsus pulmonaire et en compromettent le résultat. Chez 39 malades, D. et T. ont étudié, grâce à la pleuroscopie, la formation et l'évolution des adhérences survenant au cours du pneumothorax artificiel en plèvre saine et les indications thérapeutiques qu'elles comportent. Ils les divisent en « adhérences néoformées », « celles qui empruntent leur substance au matériel pathologique exsudé dans la plèvre » et « adhérences métaformées », « qui trouvent leur substratum initial et principal dans les organes connectés (plèvre et poumons) ». Parmi les premières, il faut distinguer les *adhérences inflammatoires*, fragiles, très vascularisées, localisées au voisinage des vaisseaux et des lésions pulmonaires évolutives, et les *adhérences mécaniques* solitaires, sobres de forme et de couleur, longues, blanches et puissantes, que l'on trouve dans les régions latéro-pariétales, apicales et juxtavertébrales postérieures. Les adhérences métaformées sont viscérales ou déshabitées. Epaisses en forme de cône très court, de sablier ou de pied d'escargot, elles sont constituées en grande partie par la plèvre et par du parenchyme pulmonaire altéré.

L'évolution des exsudations pleurales néoformées se fait en 2 stades successifs. Si le moignon affaissé voit sa lésion s'éteindre, on assiste à la résolution de tout ou partie des adhérences inflammatoires. Si au contraire l'évolution de la lésion pulmonaire persiste, on voit une adhérence mécanique entourée de multiples adhérences inflammatoires. Après section par manœuvre opératoire, après rupture spontanée, on a constaté la résolution subtotale des adhérences. Après épanchement abondant, persistant et torpide, il y a aussi disparition des adhérences de même que dans 3 observations d'oléothorax.

S'il n'existe pas de lésions évolutives du parenchyme enclavé, l'évolution des adhérences métaformées peut se faire par éviscération progressive de l'adhérence effilée par les tractions répétées; l'adhérence déshabitée finit par se confondre avec une néoformation mécanique; sinon il y a condensation sur place et sclérose des vestiges de parenchyme inclus dans l'adhérence. En cas de fonte du parenchyme enclavé, on peut assister à la fistulisation ou à la tunnellisation cavitaire de l'adhérence.

Il ne faut pas chercher la résolution des adhérences inflammatoires « témoins » purement réactionnelles par des manœuvres opératoires qui seraient nocives et vaines. Au contraire, le traitement des adhérences mécaniques organisées et compromettant l'efficacité du pneumothorax comporte la cure radicale opératoire ou la mise en surtension statique par du gaz, de l'huile ou une exsudation provoquée. La phrénicectomie supprime parfois la gêne produite par l'adhérence. Les adhérences métaformées, nuisibles à l'efficacité du pneumothorax, relèvent d'une intervention intra-pleurale ou extra-pleurale.

Robert Clément.

A. Govaerts. ***La réaction vasculaire à l'entraînement musculaire*** (*Bruxelles Médical*, t. XIII, n° 16, 19 Février 1933). — En mesurant la pression systolique, diastolique et moyenne chez 19 jeunes gens exempts de toute affection pathologique, avant et après un entraînement de six mois d'exercice physique, placés toujours dans les mêmes conditions d'observation, G. s'est rendu compte que sous l'influence de l'entraînement musculaire, il y a élévation de la pression systolique, diminution de la pression diastolique, accroissement de l'indice oscillométrique, stabilité de la pression moyenne avec tendance à l'abaissement. Il y a donc à la suite de l'entraînement une réaction divergente des éléments mesurables de la tension artérielle avec accroissement de la pulsatilité artérielle.

Le mouvement augmente la capacité vasculaire du muscle par accroissement de la perméabilité capillaire: il s'ensuit une diminution de la résistance à l'écoulement périphérique du sang, ce qui explique la diminution de la pression diastolique.

L'entraînement musculaire aboutit à une transformation du régime circulatoire portant particulièrement sur une diminution de résistances capillaires. La réaction vasculaire ainsi observée est caractéristique de l'organisme bien portant, c'est-à-dire de celui qui dispose librement du mécanisme de divers appareils régulateurs intervenant dans l'équilibre circulatoire. Le sens des variations des pressions maxima, minima et moyenne est un élément important de discrimination pour apprécier et surveiller les effets de l'entraînement à l'effort physique.

Robert Clément.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

H. N. Segall. ***Mise en évidence du frottement de la péricardite aiguë*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 1, Janvier 1933). — Le frottement péricardique, signe caractéristique de la péricardite sèche, échappe souvent au médecin, même dans les cas où il y a des signes faisant penser à cette affection, et la découverte du bruit de cuir neuf est bien souvent un hasard heureux.

Aussi faut-il s'attacher à trouver des procédés permettant de déceler ce signe et de le différencier des autres bruits qui peuvent lui ressembler. C'est la tâche que S. a entreprise.

Il rapporte un cas particulièrement instructif à cet égard. Chez ce malade, à deux reprises, s'étaient manifestés des symptômes péritonéaux attirant l'attention sur l'abdomen. La première fois, ce fut l'apparition d'arthropathies qui permit le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et les douleurs thoraciques que l'on constata alors font penser, bien qu'on ne puisse pas éliminer le diagnostic de péritonite rhumatismale, qu'il s'est agi là aussi de péricardite, malgré qu'on n'ait pas pu déceler le frottement caractéristique. La seconde fois, la découverte presque accidentelle de ce signe vint faire la lumière sur l'origine des douleurs et écarter l'idée d'une affection chirurgicale. A cette occasion, S. a pu longuement étudier le frottement et trouver des méthodes efficaces pour le mettre en évidence quand les divers procédés antérieurement proposés restent impuissants.

D'une part, il a eu recours à la succussion: le malade, étant en décubitus dorsal, on le secoue latéralement une dizaine de fois assez rapidement, après l'avoir empoigné sous les aisselles; en l'auscultant immédiatement après au niveau du sternum, on arriva à percevoir le frottement pendant une dizaine de secondes, alors qu'on ne l'entendait pas auparavant. Un autre procédé consiste à mettre le malade dans le décubitus latéral droit et à lui imprimer des mouvements en avant et en arrière autour de l'axe formé par le côté droit du corps plusieurs fois de suite et en l'auscultant immédiatement après. Ces diverses manœuvres peuvent influer sur l'intensité, sur le timbre et sur la situation du frottement, ce qui permet à l'occasion de différencier le frottement des autres bruits pouvant lui ressembler.

Le frottement put ainsi être perçu pendant trois semaines. Finalement le malade guérit.

P.-L. Marie.

M. M. Suzman. ***Le syndrome d'anémie, de glossite et de dysphagie*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 1, Janvier 1933). — Durant ces dernières années, on a observé assez fréquemment l'association de dysphagie, de glossite superficielle et d'anémie pour qu'on ait pu la décrire comme une entité clinique; elle a reçu le nom de syndrome de Plummer-Vinson. Comme les nombreuses hypothèses concernant la nature de ce syndrome étaient jusqu'ici dépourvues de tout fondement anatomo-pathologique, l'autopsie que relate S. offre un grand intérêt.

Ce syndrome, qui semble n'avoir été observé jusqu'ici que par des médecins anglo-saxons et exclusivement chez des femmes d'âge moyen, se caractérise par une anémie modérée, rarement très accentuée, avec diminution marquée de l'hémoglobine, rappelant de très près l'anémie hypochrome idiopathique et répondant bien, comme cette dernière, à la médication ferrugineuse, par de la dyspepsie généralement accompagnée d'hypochlorhydrie ou d'achylie, par de l'amincissement de la muqueuse de la langue qui prend un aspect lisse qui s'étend souvent au reste de la muqueuse bucco-pharyngée et par une dysphagie dont l'origine a

suscité bien des discussions. Pour les uns, la dysphagie est le phénomène primitif qui entraîne à sa suite l'anémie qui résulte de la réduction de l'alimentation; pour d'autres, la dysphagie est secondaire; elle ne dépend pas d'un simple spasme, mais témoigne de l'extension à la région pharyngo-œsophagienne des lésions de la langue et de la bouche.

Parmi les 8 exemples de ce syndrome que rapporte S., celui qui a donné lieu à une autopsie, à la suite du décès survenu après une fausse route lors de l'œsophagoscopie, présente à cet égard une importance spéciale. S. a constaté que la langue, l'hypopharynx et l'œsophage montraient microscopiquement une hyperkératinisation de l'épithélium avec des aires de desquamation et de la dégénérescence atrophique des fibres musculaires sous-jacentes tandis que le plexus nerveux intramusculaire d'Auerbach semblait normal. Cet état ne paraissait pas relever d'une inflammation.

Cette identité de lésions, jointe au fait que l'anémie peut précéder de longue date la dysphagie, indique bien que celle-ci est une simple complication ou encore une manifestation concomitante d'une forme déjà connue d'anémie (anémie hypochrome idiopathique) qui est identique à la chlorose. Au reste, la médication martiale améliore à la fois l'anémie et les lésions de la langue et de la bouche. Pour S., il y a aucune raison suffisante pour voir là une entité clinique distincte. En raison du rôle important que joue l'estomac dans l'étiologie des anémies, il est probable que la cause de l'anémie hypochrome idiopathique et de ce syndrome réside dans une déficience sous la dépendance d'une anomalie gastrique.

P.-L. Marie.

R. E. Ching et **L. W. Diggs**. ***La splénectomie dans l'anémie à hématies falciformes*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 1, Janvier 1933). — C. et D. relatent l'observation d'une négresse de 18 ans, présentant au complet le syndrome d'une anémie grave à hématies falciformes: ictère, faiblesse générale, douleurs musculaires, articulaires et abdominales par crises, ulcères de jambe où la syphilis pouvait jouer un rôle. Hématologiquement, outre la présence des hématies falciformes, on notait un pourcentage élevé de réticulocytes et une fragilité globulaire marquée, comme dans l'ictère hémolytique. La maladie semblait remonter à plusieurs années.

Devant l'aggravation progressive des symptômes et de l'anémie en dépit des médications instituées (fer, foie, etc.), on décida de faire la splénectomie. La rate ne put être trouvée et la malade succomba le lendemain. A l'autopsie, on constata une atrophie de la rate (10 gr.) qui était dure, sclérosée et enfouie dans des adhérences sous le diaphragme; le foie était hypertrophié (2.210 gr.). La moelle osseuse était en état d'hyperplasie; tous les ganglions lymphatiques étaient augmentés de volume et il existait une granulie terminale.

Si l'hypertrophie de la rate est fréquente chez les enfants atteints d'anémie à hématies falciformes, il n'est pas rare de rencontrer de l'atrophie splénique chez les adultes, par suite de la sclérose qui envahit l'organe.

Les opinions sont très partagées sur la valeur de la splénectomie dans cette affection. On a rapporté une amélioration dans 3 cas; mais le résultat est difficile à apprécier, étant donné les rémissions spontanées observées chez ces malades. A en juger par la sclérose et l'atrophie de la rate souvent constatées dans les cas chroniques d'anémie à hématies falciformes, cette opération semble contre-indiquée.

P.-L. Marie.

R. C. Herrin et **W. J. Meek**. ***Le rôle de la distension dans l'occlusion intestinale*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 1, Janvier 1933). — Bien qu'on regarde classiquement la toxémie comme la cause des symptômes de l'occlusion intestinale, certains auteurs soutiennent que la mort résultant d'une occlusion haut située relève de facteurs non toxiques, tels que la déshydratation, la diminution de la masse sanguine, la perte des électrolytes, l'alcalose, etc. H. et M. attirent l'attention sur le rôle considérable joué par la distension intestinale.

Après avoir isolé chez des chiens une anse intestinale haut située et l'avoir abouchée à la peau selon la technique de Thiry, ils l'ont distendue au moyen d'un ballon où ils maintenaient constamment une pression allant de 50 à 80 mm. Hg. Ils ont pu reproduire ainsi tous les symptômes de l'occlusion intestinale haut située: malaise, anorexie, déshydratation et déchloruration des tissus, diminution du volume du sang et du plasma, augmentation du taux de l'hémoglobine, accroissement modéré de la réserve alcaline, azotémie élevée, chlorémie extrêmement basse. La mort survient vers le huitième jour.

L'avantage de la technique employée est d'éviter les effets immédiats pouvant être mis sur le compte de l'opération et d'offrir la possibilité d'isoler certains des facteurs qui interviennent. De toute évidence, la mort n'est pas le résultat de la toxémie; l'évacuation au dehors de tout le liquide provenant de l'anse isolée ne permet pas d'éviter l'issue fatale. Mais quand on évacue ce liquide dans la continuité de l'intestin en laissant le bout intra-abdominal de l'anse en communication avec la partie supérieure du jéjunum, les symptômes ne se produisent pas, ce qui vient éliminer l'intervention de la toxémie; qu'elle soit le fait de toxines microbiennes ou de produits nécrosés provenant de la paroi intestinale. Autre argument contre la toxémie : les chiens porteurs d'anses dont les nerfs ont été réséqués supportent bien la distension, et souvent sans manifester le moindre symptôme.

H. et M. attribuent la mort en premier lieu à la spoliation des chlorures qui sont déversés par l'anse stimulée par la pression mécanique. Elle s'accompagne presque invariablement d'une diminution du volume du sang et du plasma, mais c'est la perte des chlorures qui est le facteur le plus important; en effet, on peut maintenir en vie l'animal en introduisant directement dans l'intestin de petites quantités d'eau salée à 10 pour 100.

Un facteur, qu'il ne faut pas négliger, c'est le facteur nerveux. Déjà, au moment où l'on distend l'anse, on observe souvent des nausées suivies de diminution de l'appétit. Or, les chiens porteurs d'une anse privée de ses nerfs peuvent supporter impunément et indéfiniment la distension; ils ne perdent pas leur appétit et conservent leurs chlorures, alors même qu'ils en perdent de façon exagérée par l'anse distendue.

P.-L. Marie.

MEDICAL JOURNAL AND RECORD

(New-York)

L. Berman. ***Asthénie cholestéroprive*** (*Medical Journal and Record*, t. CXXXVII, n° 4, 15 Février 1933). — B. a réuni 44 cas d'asthénie neuro-musculaire qu'il considère comme constituant un syndrome spécial de nature encore indéterminée.

L'asthénie est à prédominance musculaire; elle se traduit par une sensation de fatigue et de faiblesse apparaissant après un exercice modéré, un effort qui auraient pu être soutenus auparavant sans aucune fatigue appréciable. Si la fatigabilité est le seul symptôme des premiers stades de la maladie, à mesure qu'elle progresse, apparaissent des signes nerveux: indécision, amnésie, difficulté à soutenir l'attention, tendance à la dépression et à la mélancolie. Dans la majorité des cas, la fatigabilité musculaire, facilement démontrable au dynamomètre, ne s'accompagne pas d'atrophie, mais dans quelques cas les muscles sont non seulement flasques et hypotoniques, mais il y a atrophie ou pseudo-hypertrophie des muscles.

Cette asthénie neuro-musculaire est isolée, elle n'est associée ni à la tuberculose, ni à une affection cardiaque, ni à un syndrome anémique ou hémorragique, ni à une hyperthyroïdie ou à une insuffisance surrénale. Cependant, il y a assez souvent de l'anorexie et quelques stigmates endocriniens qui ne sont pas assez constants pour suggérer un syndrome classique tel qu'une pigmentation localisée ou de petites taches mélaniques disséminées sur tout le corps. La caractéristique de cette affection est un abaissement constant du cholestérol sanguin qui, en moyenne, est de 0 gr. 85 par litre, oscillant entre 0 gr. 50 et 1 gr. 15. Il y a en général parallélisme entre le degré de l'hypocholestérolémie et la gravité du syndrome. Un grand nombre de ces sujets présentaient, en outre, un abaissement du taux du phosphore inorganique du sang et quelques-uns, une légère tendance à l'hypoglycémie.

Chez ces sujets, le cholestérol administré par la bouche en grande quantité ne produit aucun effet autre que l'augmentation de volume des selles et n'élève pas le taux de la cholestérolémie. Peut-être y a-t-il dans ce syndrome asthénique un trouble du métabolisme du cholestérol et la constatation d'une diminution du cholestérol de la peau incita B. à essayer l'administration cutanée du cholestérol sous forme de frictions de lanoline.

Environ 20 pour 100 de la lanoline sont constitués par un mélange de palmitate et de stéarate de cholestérol. Le cholestérol libre ou non éthérifié en représente 1 pour 100. Environ 55 pour 100 de la lanoline consiste en d'autres alcools supérieurs.

Les frictions de lanoline irradiée augmentent la cholestérolémie de ces asthéniques hypocholestérolémiques; mais pas au delà des chiffres normaux; chez les sujets normaux, ces frictions n'élèvent pas le taux de la cholestérolémie, il n'y a donc aucun danger d'hypercholestérolémie par ce traitement. Dans la majorité des cas, les résultats persistent après cessation du traitement; dans 6 cas sur 44, une rechute se produisit, qui guérit après reprise de la médication.

L'efficacité de ce traitement va peut-être permettre de dissocier les asthénies, et d'éclairer le problème de la fatigue. Toutes les hypocholestérolémies ne répondent pas au traitement par les frictions de lanoline irradiées, notamment celles de l'insuffisance ovarienne; par contre, dans quelques cas d'anémie pernicieuse, d'hyperthyroïdie ou de tuberculose, cette médication a relevé le taux de la cholestérolémie.

Robert Clément.

E. Boros. ***Le lactose dans le traitement de la toxémie intestinale, spécialement de la constipation*** (*Medical Journal and Record*, t. CXXXVII, n° 4, 15 Février 1933). — Lorsque la constipation n'est pas toxique, elle a relativement peu d'importance, mais la présence de toxémie nécessite les évacuations intestinales fréquentes pour maintenir une bonne santé.

Devant l'échec de la plupart des méthodes préconisées pour lutter contre la constipation et la toxémie qui l'accompagne, notamment le traitement par le bacille acidophile ou par le bacille bulgare, B. s'est adressé au lactose, particulièrement au lactose β le plus agréable au goût des sucres de lait.

Dans 4 cas, l'administration de 2 cuillerées à soupe de lactose β dans 1/2 verre d'eau froide, une demi-heure avant le petit déjeuner et dans l'après-midi, a rétabli un fonctionnement normal de l'intestin. Au début, cette médication était aidée par l'absorption d'une grande quantité de fruits à 10

heures et à 4 heures et par l'absorption d'une assez grande quantité de corps gras aux repas. Ensuite, il fut possible de supprimer les fruits.

Ce traitement a l'avantage d'éviter les laxatifs cathartiques et irritants et, lorsque les troubles de fonctionnement de l'intestin ont disparu, il est possible de diminuer la dose de lactose et d'en espacer les prises.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Tauber. *Hyperglycémie dans les maladies de la peau* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 2, Février 1933). — T. a recherché la glycémie chez 1.500 personnes et déterminé la tolérance au sucre dans la moitié des cas.

Dans un premier groupe, qui comprend 514 diabétiques, la glycémie variait de 162 à 444 milligr. par 100 cmc; en général la tolérance était élevée. Les affections cutanées les plus frquentes furent la gangrène (18 pour 100), les ulcères (4,3 pour 100), les furoncles et anthrax (3,8 pour 100), les infections des mains et des pieds (2,3 pour 100), le prurit ano-vulvaire (0,8 pour 100), l'érysipèle, l'épithélioma, l'eczéma, le psoriasis (chacun 0,2 à 0,6 pour 100). L'artériosclérose fut notée chez 77 malades; il est possible qu'une hyperglycémie longtemps continuée joue un rôle dans le développement de l'artério-sclérose.

Un deuxième groupe comprend 504 malades pris dans les services de médecine et de chirurgie; la glycémie fut de 79 à 145 milligr., avec une moyenne de 111,4 milligr.; la tolérance au sucre fut faible.

Un troisième groupe comprend 511 malades atteints de dermatoses diverses; la glycémie fut de 80 à 119 milligr. avec une moyenne de 102,4 milligr. pour la catégorie des malades atteints de séborrhée, brûlures, prurigo, syphilis, gale, eczéma, mycosis fongoïde, psoriasis, lichen plan, érythèmes, teignes, urticaire, acné, tuberculose cutanée. La glycémie varia de 82 à 111 milligr. avec une moyenne de 97,6 milligr. pour les malades atteints de furonculose, ecthyma, pyodermites.

En somme, le plus souvent la glycémie est normale dans les affections cutanées, sauf dans la furonculose où elle est abaissée.

T. s'est bien trouvé, dans le traitement de la furonculose, des injections intraveineuses de dextrose à 5 pour 100 pendant six jours consécutifs, combinée à un régime hydro-carboné.

R. BUNNIER.

H. Fox. *Nécrose graisseuse sous-cutanée chez le nouveau-né* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 2, Février 1933). — F. rapporte 5 cas de nécrose graisseuse sous-cutanée observés chez des nouveau-nés (4 chez des filles); tous les enfants étaient nés normalement à terme. 3 des mères étaient primipares. Dans 4 cas, on nota dans les antécédents un traumatisme, dû soit à la délivrance, soit aux méthodes de réanimation pour mort apparente.

Dans 3 cas, les lésions étaient étendues au dos, aux fesses et à la face postérieure des membres inférieurs; dans les 2 autres cas, l'extension des lésions était moindre. Il s'agissait de petits nodules ou de plaques plus étendues, de consistance dure, de coloration rouge bleuâtre, non douloureuses et ne s'effaçant pas par la pression. Ces lésions apparurent dès la naissance ou dans les deux ou trois semaines qui suivirent la naissance. Une guérison complète fut obtenue dans 3 cas au bout de deux ou trois mois; dans 1 cas, les lésions disparurent au bout de cinq semaines et dans un autre au bout de six semaines.

Dans 2 cas, on nota des petits kystes contenant une matière blanchâtre, crémeuse, contenant des cristaux en aiguilles; aucun sel minéral ne put être décelé par les rayons X.

L'état général des enfants était toujours parfait et la courbe de poids était normale.

Histologiquement on nota dans 3 cas des altérations identiques du tissu cellulaire sous-cutané, sans altérations de la peau; il s'agit essentiellement d'un processus de nécrose des cellules graisseuses sous-cutanées avec infiltration granulomateuse, dans laquelle prédominent des cellules géantes et des cristaux effilés.

La nécrose graisseuse sous-cutanée (terme qu'il faut préférer à sclérème qui prête à confusion) est donc une lésion nettement différenciée, spéciale aux nouveau-nés, survenant surtout après un traumatisme, et qu'il faut distinguer du sclérème adipeux et œdémateux, ainsi que de la sclérodermie.

R. BUNNIER.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Lwow)

Z. Landau. *Traitement humoral de la chorée gravidique* (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XI, n° 44, 30 Octobre 1932). — L. relate trois observations de malades présentant le syndrome d'hémichorée gravidique. Chez deux femmes, ce syndrome neurologique est apparu pour la première fois au cours de la grossesse. Chez la troisième malade, il s'agissait d'une récidive de chorée survenue déjà dans l'enfance.

Chez deux malades primipares, la chorée s'est installée dans la première moitié de la grossesse. La troisième, multipare, a vu apparaître le syndrome choréique au cours du neuvième mois.

Dans deux cas, les mouvements choréiques ont disparu après l'accouchement en huit jours chez l'une, en quatre semaines chez l'autre.

La chorée est une complication de la grossesse peu fréquente.

La prédisposition étiologique dépend d'une certaine fragilité nerveuse constitutionnelle, du rhumatisme et de troubles humoraux gravidiques.

Au point de vue thérapeutique, L. a constaté l'effet incontestablement favorable, chez les trois malades, produit par les injections de sérum de femmes enceintes bien portantes.

Grâce à ce traitement, on a obtenu l'atténuation manifeste des mouvements choréiques et leur maintien dans des limites compatibles avec l'évolution de la grossesse.

Le sérum de l'homme normal employé par comparaison ne donne pas de résultats.

Le sérum de femmes gravides bien portantes agit probablement en modifiant le status humoral des malades et en introduisant dans leur organisme des hormones ou d'autres substances telles que les ferments qui combattent en premier lieu les troubles humoraux en rapport avec la grossesse. Le succès de cette méthode semble réaliser un résultat appréciable dans le traitement de cette complication de la grossesse, surtout si on tient compte des conséquences souvent redoutables que peut entraîner l'interruption de la grossesse.

FRIBOURG-BLANC.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

G. Dardel. *De la répartition de la mortalité par le cancer dans le canton de Berne selon les districts et ses différentes localisations* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXII, n° 7, 18 Février 1933). — D. étudie 4.153 cas de décès par cancer qui se sont produits dans le canton de Berne entre 1926 et 1930. Ce chiffre correspond à 12 décès pour 10.000 habitants et à 42 décès pour 10.000 personnes âgées de 40 ans et plus. Il y aurait une légère augmentation puisqu'en 1911, les chiffres correspondants étaient 10,5 et 37,4.

D'une façon générale, la mortalité par cancer est plus grande chez les femmes jusqu'à l'âge de 50 ans. Plus tard, ce sont les hommes qui prennent la prépondérance. La mortalité augmente dans les deux sexes jusqu'à l'âge de 70 ans, après quoi elle tend à diminuer.

D. étudie ensuite très longuement la mortalité suivant les localités d'une part et suivant la localisation du cancer. Il a dressé ainsi des cartogrammes pour tous les cancers chez l'homme et chez la femme, pour le cancer de l'estomac, de l'œsophage (dont la proportion est exceptionnellement élevée: 16,9 pour 100 chez l'homme), des organes génitaux, etc. Il se demande quelles conclusions on peut tirer de ses recherches en reconnaissant d'ailleurs que sa statistique est assez réduite. Il ne croit pas qu'on puisse attribuer une seule et même cause aux diverses formes de cancer. En tout cas, la mortalité paraît être associée à certains phénomènes hydrographiques, car elle augmente en suivant le cours de certaines rivières. Un district (Wangen) très atteint par le cancer présente beaucoup de goitreux. Dans ce même district, on remarque d'ailleurs que la distillation de l'alcool est extrêmement répandue. Mais dans un autre district où l'alcool est également produit en abondance, le cancer est rare. En somme, un seul fait paraît certain à D., c'est que là où il y a de l'eau, il y a aussi plus de cancers. Il se demande si l'eau et l'humidité de l'air n'arrêteraient ou ne capteraient pas certaines radiations solaires ou cosmiques.

P.-E. MORHARDT.

Walter Ruhmann. *Substances tissulaires excitantes et action du massage* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 7, 18 Février 1933). — On connaît un certain nombre de substances existant dans les tissus vivants et capables de stimuler les processus vitaux de ces tissus et plus spécialement leur circulation (hormones tissulaires). Il y a lieu d'admettre que ces substances, parmi lesquelles figure l'histamine, sont produites sous l'influence du massage. Pour étudier cette question, R. a comparé les effets du massage et de l'application sur la peau de diverses substances tissulaires excitantes et tout d'abord de l'histamine. Mais celle-ci fait apparaître des papules et une élévation de température de la peau qu'on ne constate pas dans les régions massées.

Par contre, avec l'acétylcholine, on obtient une hyperémie tout à fait analogue à celle qu'on observe en cas de massage. Cependant, l'acétylcholine a une action plus prolongée. La chaleur radiante détermine une rougeur réticulaire de la peau tandis que l'hyperémie du massage est tout à fait diffuse. Cette hyperémie réticulaire n'a pas encore pu être expliquée d'une façon satisfaisante. On admet cependant que les veines et les vaisseaux lymphatiques constituent des dispositifs réfrigérants, de sorte que dans leur voisinage la stase de chaleur se produit moins.

En somme, il y a lieu de penser que la substance qui agit dans le massage est très voisine de la choline et qu'elle fait sentir son action dans la profondeur, c'est-à-dire au niveau des muscles squelettiques dont le tonus diminue quand il est pathologiquement augmenté. Ainsi, le massage aurait une influence hormonale pour diminuer les contractures musculaires.

Le massage diminue les états d'hyperalgésie. Il est possible également qu'il s'agisse là d'une action de la choline qui est un stimulant du parasympathique alors que les douleurs sont transmises surtout par le sympathique.

P.-E. MORHARDT.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

G. Sanarelli et **A. Alessandrini** (Rome). ***Etudes sur l'ultra-virus tuberculeux. Deuxième mémoire. Les protogènes du virus tuberculeux*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. L, n° 2, Février 1933). — L'ultra-virus tuberculeux traverse spontanément non seulement *in vivo*, mais aussi *in vitro* les parois des ultra-filtres de collodion ; ce qui supprime tout fondement aux objections soulevées contre les résultats obtenus au moyen des bougies poreuses. L'ultra-virus, filtré directement *in vitro* et *in vivo*, se montre toujours doué d'un pouvoir pathogène assez faible et est incapable de provoquer chez les animaux la formation de nodules tuberculeux spécifiques.

L'ultra-virus tuberculeux est capable de traverser *in vivo* la double paroi d'un sac de collodion resté un certain temps dans le péritoine d'un animal et de provoquer ainsi dans l'organisme de ce dernier des lésions spécifiques. On a pu capter et rendre visible dans la loge externe des sacs doubles en collodion des formes bactériennes, manifestement issues des éléments invisibles de l'ultra-virus, qui ont pu traverser la membrane de collodion qui sépare les deux loges du double sac. On a cru pouvoir désigner ces formes bactériennsc initiales « protogènes tuberculeux ».

De même que toutes les phases initiales du bacille tuberculeux, ces formes bactériennes sont rares et incapables d'évoluer vers des phases ultérieures de développement tant qu'elles restent à l'intérieur des sacs de collodion, sans doute à cause du faible pouvoir bactéricide et de la réaction constamment alcaline de la sérosité péritonéale qui a pénétré dans la loge externe.

Sur les milieux appropriés, ensemencés avec des protogènes tuberculeux, peuvent se développer parfois des cultures tuberculeuses typiques, mais le plus souvent les ensemencements restent stériles ou produisent des microcultures éphémères. Les cultures obtenues par l'ensemencement des formes primitives visibles, issues de l'ultra-virus tuberculeux, montrent d'abord une virulence assez faible, mais par repiquage, recouvrent leur activité et peuvent provoquer la formation de nodules tuberculeux. L'inoculation au cobaye de sérosités, contenant des protogènes tuberculeux, détermine en général des processus morbides mortels, mais à marche très chronique. Ces processus sont caractérisés par des altérations anatomiques de nature inflammatoire ou caséogène, l'absence de granulomes tuberculeux visibles et la présence fréquente de bacilles acido-résistants.

Ces expériences confirment l'existence d'un cycle évolutif dans la biologie du bacille tuberculeux et ne permettent plus de considérer, comme exacte, la notion que le seul mode de reproduction du bacille tuberculeux est la simple division cellulaire.

Robert Clément.

G. Levaditi, A. Vaisman, R. Schœn et **J. G. Mezger.** ***Nouvelles recherches expérimentales sur la syphilis. Cycle évolutif du virus syphilitique. Neuro-syphilis. Virulence du treponema pallidum*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. L, n° 2, Février 1933). — Les ganglions lymphatiques périphériques des lapins syphilisés contiennent du virus parfaitement pathogène et sont pratiquement dépourvus de tréponème. Il est probable que le virus, contenu dans le tissu lymphatique du lapin, revêt des formes inaccessibles à nos moyens de contrôle, quoique capable de se transformer en éléments spiralés si les tissus de l'animal-hôte se prêtent à cette transformation. Les ganglions lymphatiques périphériques des souris syphilisées expérimentalement renferment le tréponème dans 50 pour 100 des cas ; il n'y a pas de parallélisme entre la virulence de ces ganglions et la teneur en spirochètes.

Après la greffe de ganglions de souris à des lapins par voie sous-scrotale, il s'écoule une période pendant laquelle aucun tréponème ne peut être découvert ni dans le greffon, ni dans les tissus qui l'hébergent, puis brusquement, les formes spirochétiennes font leur apparition en même temps que la structure tissulaire change d'aspect pour revêtir les caractères spécifiques du chancre syphilitique. Tout se passe comme si le virus utilisait cette période pour accomplir un cycle évolutif comportant des stades intermédiaires infravisibles précédant la phase tréponémique.

Le virus syphilitique se localise fréquemment dans le névraxe des animaux inoculés dans le testicule (lapin) ou par voie sous-cutanée (souris) ; par contre, il se montre généralement inoffensif pour le système nerveux lorsqu'on le met tout d'abord en contact avec l'encéphale. Pour que le virus syphilitique envahisse le système nerveux, il faut qu'il ait accompli ailleurs que dans le névraxe certaines phases de son cycle évolutif. Une fois logé dans le parenchyme nerveux, il y persiste pendant longtemps sous une forme inaccessible à nos moyens d'investigation, sans provoquer des altérations pouvant être rapprochées de la P. G. Le virus séjourne dans le névraxe sous cette forme jusqu'à ce que, pour des raisons ignorées, surviennent des modifications allergiques, qui permettent au germe de vaincre la résistance opposée par l'encéphale à sa pullulation. A partir de ce moment, au stade infravisible, succèdent d'autres formes de transition destinées à engendrer les parasites spiralés. Cette multiplication locale du tréponème détermine les altérations caractéristiques de la maladie de Bayle. Certaines souches du virus syphilitique sont particulièrement aptes à se localiser dans le névraxe.

De nombreux faits font hésiter à souscrire à la conception ingénieuse de la non-virulence du tréponème pâle.

Robert Clément.

A. Calmette. ***L'infection tuberculeuse spontanée du cobaye et du lapin*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. L, n° 2, Février 1933). — L'infection tuberculeuse spontanée du cobaye et du lapin est fréquente, tant dans les élevages que dans les cages de laboratoires. C. cherche à préciser le degré de fréquence de ces accidents, les conditions dans lesquelles l'infection spontanée peut se réaliser et les formes anatomo-pathologiques qu'elle détermine en se basant sur les publications de quelques auteurs français et étrangers.

Les formes de la maladie que déterminent ces infections spontanées sont très différentes de celles qui suivent les inoculations ; elles ressemblent à celles que l'on observe dans l'espèce humaine, surtout chez l'enfant. Ce sont toujours des formes pulmonaires, souvent avec cavernes, ganglions hilaires volumineux, scléreux ou caséeux, lésions discrètes des ganglions mésentériques, du foie, des reins et des ganglions sous-lombaires, rarement de la rate.

Si des contaminations spontanées sont si fréquentes dans les étables ou dans les cages de laboratoires, c'est que les précautions prises sont insuffisantes. Il faut non seulement que les cages des animaux infectés soient placées à distance et toujours au-dessous de celles des animaux sains, mais aussi que l'alimentation ne puisse être souillée par des expectorations bacillifères et que le personnel qui soigne les animaux soit indemne de lésions tuberculeuses cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement.

Il faut tenir compte de l'infection tuberculeuse spontanée qui peut fausser le résultat des expériences, si l'on ne prend pas de rigoureuses précautions.

Lorsque des cobayes ou des lapins neufs sont placés dans une même cage en contact avec un animal atteint de tuberculose ouverte ou fermée, les uns s'immunisent, tandis que d'autres s'infectent plus ou moins gravement.

Il n'y a aucune différence fondamentale entre le cobaye, le lapin, les autres animaux sensibles et l'homme vis-à-vis de la contagion tuberculeuse. Tous sont spontanément tuberculisables, lorsque n'étant pas déjà rendus résistants aux surinfections par une légère infection antérieure — ou par la prémunition conférée par le BCG —, ils se trouvent exposés à des contaminations virulentes.

Robert Clément.

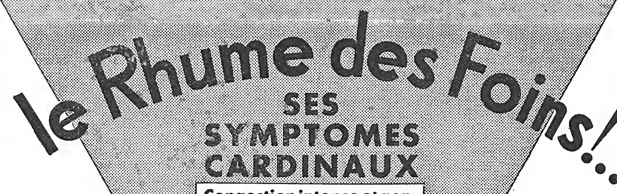
REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE. (Paris)

L. Bérard et **P. Mallet-Guy.** ***Du déterminisme de l'ictère dans les pancréatites chroniques*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. VII, n° 6, Novembre-Décembre 1932). — Les pancréatites chroniques peuvent s'accompagner d'ictère en dehors de toute lithiase cholédocienne. Le mécanisme physio-pathologique de celui-ci n'est pas univoque ; B. et M.-G., par une série d'observations avec radiographies, montrent l'importance de la notion de dilatation des voies biliaires et d'obstacle au transit cholédocien dans la discussion de ces faits. Pour eux, il peut exister tout d'abord des compressions cholédociennes par pancréatite chronique, pouvant se présenter parfois sans ictère et sans infection. Mais le plus souvent il s'agit d'obstructions complètes, dues à l'inflammation de la tête du pancréas et entraînant l'ictère. Celui-ci n'est pas toujours dû à l'inflammation seule, et il faut noter ici le rôle important de l'infection surajoutée, poussée brusque d'angio-cholite, qui joue le même rôle déterminant qu'au cours de la lithiase.

Dans d'autres cas, il n'existe pas de compression cholédocienne, comme le prouvent le cathétérisme du canal pendant l'intervention, ou l'exploration radiologique. Mais les voies biliaires sont dilatées. L'hypothèse de B. et M.-G. est qu'il s'agit alors d'une cholécystite chronique avec véritable cholécystectomie fonctionnelle, entraînant la dilatation du cholédoque d'une part, l'inflammation pancréatique d'autre part. Mais le rôle de celle-ci paraît secondaire. Il faudrait de préférence incriminer l'infection (angiocholite et hépatite ictérigène) qui se greffe sur les phénomènes précédents (cholécysto-pancréatite avec ictère).

Enfin, certains ictères ne montrent aucun phénomène de compression, ils sont indépendants de la pancréatite ; dans ces « ictères avec pancréatite » la perméabilité des voies biliaires est conservée et elles ne sont pas dilatées. Ces ictères s'apparentent à l'ictère catarrhal, ictère par hépatite, dans lequel on sait que l'existence d'une pancréatite associée a été encore récemment soulignée (hépato-pancréatite avec ictère).

Il est souvent délicat de reconnaître en présence de quelle sorte d'ictère on se trouve. Mais, de toutes façons, le rôle commun et prépondérant de



Congestion intense et gonflement de la pituitaire. Hypersécrétions nasale, oculaire, bronchique. Accès de dyspnée comparables à ceux de l'asthme,

SONT JUSTICIABLES DE LA

SANEDRINE

EPHEDRINE LEVOGYRE

SPÉCIFIQUE CONTRE :

**LE BRONCHOSPASME
L'HYPERHEMIE ET
L'HYPERSECRETION
DES MUQUEUSES**

MODE D'ADMINISTRATION :

PAR VOIE BUCCALE : Comprimés à 0 gr. 025 (tubes de 20) 2 à 4 par 24 heures,

et simultanément en PULVERISATIONS NASALES

Solution huileuse à 2 %
(flacons de 15 cc.) pour juguler l'accès dès qu'il menace de se produire.

Solution aqueuse à 3 %
(flacons de 30 cc.) comme préventif des accès, selon les prescriptions du Médecin.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
" SPECIA "
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon - PARIS (8e)

l'infection dans tous les cas implique toujours la même thérapeutique au cours de toute pancréatite chronique avec ictère, c'est le drainage des voies biliaires, qui agira, à la fois sur l'ictère pour en hâter la disparition, et sur l'inflammation du pancréas qu'il contribue à apaiser.

ESCALIER.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Laruelle. ***Le repérage ventriculaire*** (*Revue neurologique*, XLe année, t. I, n° 2, Février 1933). — A la ventriculographie, proposée par Dandy, qui ne compte plus les services rendus en neurochirurgie, mais reste un procédé chirurgical, toujours pénible, et parfois dangereux pour le patient, L. oppose un procédé médical, toujours bénin et sans inconvénients pour le malade, le repérage ventriculaire.

Sur le malade assis, L. injecte par voie lombaire 5 cmc d'air en moyenne, 10 cmc au maximum, 2 à 3 cmc au minimum. Une radiographie, prise dans de bonnes conditions, montrera chez un sujet normal 2 petites taches ovalaires en position frontale, et deux petits fuseaux en position sagittale. Une radiographie prise à temps peut permettre de voir le troisième ventricule. L'absence de symétrie de ces taches par rapport aux plans frontal et sagittal, ou leur absence complète, leurs déformations, leurs anomalies en général témoignent d'un facteur pathologique qui vient altérer les voies de conduction entre les espaces sous-arachnoïdiens spinaux et les ventricules latéraux, ou la forme de ces derniers.

Le passage de l'air d'un ventricule latéral dans l'autre s'étudiera par l'épreuve du transit latéral.

Par cette épreuve, pratiquée sur plus de 300 malades, qui n'a jamais entraîné de troubles subjectifs appréciables, L. a obtenu des renseignements importants dans des cas de tumeurs cérébrales, des traumatismes cranio-cérébraux, des méningites circonscrites, l'épilepsie symptomatique de lésions cérébrales.

Par ce procédé des diagnostics de localisation de lésions cérébrales, que l'examen neurologique seul ne permettait pas, ont pu être faits.

Mais pour qu'un compte certain puisse être tenu des images données par la radiographie, il importe que la technique indiquée par l'auteur soit utilisée avec le souci le plus scrupuleux.

Procédé essentiellement simple et médical, le repérage ventriculaire pourra n'être que le premier temps d'un examen révélant l'existence insoupçonnée d'une lésion cérébrale, qu'une ventriculographie ultérieure permettra de préciser plus nettement.

H. SCHAEFFER.

L. Van Bogaert. ***Les manifestations nerveuses au cours des maladies éruptives*** (*Revue neurologique*, XLe année, t. I, n° 2, Février 1933). — Les accidents nerveux au cours des maladies infectieuses, et en particulier des maladies éruptives, sont plus fréquents qu'ils ne l'étaient jadis. Dans la varicelle, on a signalé des manifestations méningées, des encéphalites diffuses. Le tableau le plus fréquent est celui de l'encéphalite cérébelleuse pure ou de l'ataxie aiguë. La myélite est après l'ataxie la plus fréquente des manifestations centrales. Ces accidents surviennent le plus souvent vers la dernière poussée éruptive de la maladie, bien que parfois ils précèdent l'éruption, ou ne surviennent au contraire qu'au moment d'une deuxième poussée ou d'une rechute de varicelle. L'observation de certains faits permet de penser également qu'il existe des encéphalites varicelleuses sans exanthème.

Au cours de la rougeole, les accidents nerveux sont connus depuis longtemps. Signalons les méningites morbilleuses, les méningo-encéphalites diffuses à évolution parfois foudroyante que l'on rencontre surtout à la période d'incubation, les méningo-encéphalites localisées qui se traduisent par une hémiplégie, les myélites aiguës, les polynévrites rares d'ailleurs.

Ces accidents peuvent apparaître à la période de début de la rougeole, ou au contraire à la phase post-éruptive.

Dans la scarlatine, les accidents nerveux sont souvent intenses. Signalons le délire, qui peut précéder l'éruption, les convulsions fréquentes également au début; les méningites séreuses et les méningites septiques secondaires, les myélites, les ataxies aiguës, les chorées aiguës, les encéphalites diffuses et les névrites.

H. SCHAEFFER.

REVUE ODONTOLOGIQUE
(Paris)

Gosset et Wallon. ***La curiethérapie dans le cancer des joues et des lèvres*** (*Revue Odontologique*, t. CIV, n° 2, Février 1933). — G. et W. apportent une contribution intéressante à l'étude de la curiethérapie des cancers des lèvres et des joues. Elle se heurte à 3 difficultés : le peu d'épaisseur des organes d'où risque de perforation, le voisinage du maxillaire d'où possibilité d'ostéo-radionécrose et la septicité buccale. Ils ont eu à traiter 18 cancers de la lèvre inférieure, 2 de la lèvre supérieure, 25 cancers cutanés jugaux et 12 de la muqueuse jugale. Ce sont des cancers frappant les hommes après la soixantaine et cependant on peut les rencontrer au-dessous de cet âge (40 pour 100 dans le cancer des lèvres et 36 pour 100 dans le cancer des joues). Le cancer des lèvres a son origine la plus fréquente au niveau du bord libre, il peut être uniquement cutané ou muqueux. Le cancer cutané jugal reste en général superficiel. Le cancer muqueux jugal débute soit dans le cul-de-sac gingivo-génien inférieur soit derrière la commissure, soit dans la partie reculée de la joue. C'est la forme la plus grave. Ces cancers sont à type végétant ou rongeant, ou avec infiltration diffuse. Les adénopathies sont beaucoup plus fréquentes dans le cancer des joues (63 pour 100) que dans celui des lèvres (25 pour 100). Les phénomènes inflammatoires sont plus souvent notés dans le cancer des joues que dans celui des lèvres. Le diagnostic précoce est rarement fait sur la face muqueuse de la joue. Il s'agit presque toujours d'un cancer spino-cellulaire, sauf pour le cancer cutané jugal. La radiumpuncture sera faite dans les formes bourgeonnantes ou dans les infiltrations épaisses. L'appareil de surface est préférable. Il donne un plus grand nombre de succès, mais ce procédé de curiethérapie est plus coûteux. L'emploi de l'appareil endo-buccal est très aléatoire et il y a risque d'ostéo-radio-nécrose. En ce qui concerne l'adénopathie, il faut attendre l'effet de la curiethérapie et s'il y a persistance ou si elle présente un caractère néoplasique, il faut intervenir dès que l'état de la peau le permet : curage, si mobilité, irradiation de surface, si bloc inextirpable. Dans les cancers étendus, craindre les adéno-phlegmons, la nécrose osseuse, les pertes de substance osseuse et cutanée.

De l'examen de leur statistique, résulte que le cancer des lèvres est d'un pronostic beaucoup moins défavorable que celui des joues, parce qu'il est d'un diagnostic plus précoce, envahit moins les ganglions, s'infecte moins et est plus accessible au traitement. En outre, celui des joues, lorsqu'il guérit, peut laisser derrière lui des pertes de substance osseuse ou cutanée.

C. RUPPE.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Vienne et Munich)

Fritz Lange. ***Le rôle de certaines substances dans la régulation de la circulation et sa signification dans l'hypertonie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 5, 4 Février 1933). — L. a constaté l'existence d'une substance hypotensive existant dans les petits vaisseaux. Chez les sujets normaux, cette substance permet de déterminer un abaissement de la pression qui atteint, en quelques secondes, 30 mm. chez les sujets sains et 80 mm. chez les hypertoniques. Cette substance a des propriétés très différentes de celles de la choline : elle agit déjà à la dose de 5 ou 7 gammas chez le chat, même chez le chat atropiné dont la pression est augmentée par la choline. De même, elle excite l'intestin du lapin, du chat et du cobaye que l'adénosine inhibe. Enfin, elle provoque chez la grenouille une dilatation des vaisseaux qui n'a été observée avec aucune autre préparation organique. Elle ne possède pas le même point d'attaque que l'adrénaline : sur les tissus qui ne possèdent aucune innervation (feuillet endodermique de l'embryon de poulet) elle détermine une dilatation des vaisseaux, alors que l'adrénaline et l'atropine restent absolument sans action. Enfin, il a été possible de montrer que le sang de grenouille traitée selon la méthode de Goltz provoque un abaissement immédiat de la pression du sang chez les animaux auxquels on l'injecte.

Ces effets hypotensifs disparaissent très vite. Pour expliquer ce fait on est amené à admettre l'existence d'une action antagoniste déclanchée par la substance elle-même. Cette hypotension ne s'explique pas complètement par la dilatation des vaisseaux. Effectivement, il survient en même temps une augmentation du débit par minute de l'aorte et le volume du sang circulant augmente. Ainsi, la capacité globale des vaisseaux est augmentée surtout du fait d'une dilatation des artérioles car les capillaires ne sont pas modifiés. Sur ces divers points également cette substance se distingue nettement de l'histamine qui dilate surtout les capillaires et diminue le débit par pulsation, de la choline qui n'abaisse pas toujours la pression et enfin de l'adénosine qui exige des doses 1.000 fois plus grandes.

L. a pu extraire cette substance de l'urine qui possède, on le sait, une action hypotensive. Il a été ainsi constaté qu'elle se trouve en quantité assez constante, soit dans l'urine, soit dans le sang.

Chez des sujets à pression élevée mais sans lésions rénales, il a été constaté que l'urine en contient beaucoup plus que normalement. Chez les hypertendus présentant une affection rénale au contraire, la substance en question serait diminuée dans l'urine, mais elle est néanmoins augmentée dans le sang. Chez les sujets de plus de 60 ans, présentant également de l'hypertension, cette substance est trouvée en proportion normale. Ces sujets d'ailleurs ont une réaction normale des vaisseaux sanguins à la différence de ce qui s'observe en cas d'hypertonie où les vaisseaux sont hyperexcitables et en cas d'artériosclérose où les vaisseaux sont hypoexcitables. Il y aurait donc, à cet âge, une hypertension qui devrait être considérée comme un phénomène normal.

P.-E. MORHARDT.

K. Félix. ***La chimie des substances régulatrices de la circulation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 5, 4 Février 1933). — F. passe d'abord en revue les diverses substances retrouvées dans des extraits organiques et capables d'abaisser la pression du sang : l'acétylcholine et l'histamine isolées par H. H. Dale, l'acide adénylique retrouvé par A. Szent-Györgyi et d'autres et dont le pouvoir varie suivant le degré de phosphorylation et enfin l'adé-



PUISSANT ET NOUVEAU SPIRILLICIDE A BASE DE

BISMUTH HYDROSOLUBLE

Associé au Mercure et à l'Arsenic { trivalent / inorganique

En solution aqueuse isotonique de pH défini indolore et dépourvue de toxicité

AMPOULES DE 1 CM3

POUR

INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES

TOUS LES 3 OU 4 JOURS

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE AUX

LABORATOIRES L.-G. TORAUDE O. ✿ O. I. ✱

22 Rue de la Sorbonne, PARIS (V°)



LE TRAITEMENT LOCAL LE PLUS SUR, LE PLUS ACTIF ET LE PLUS RAPIDE DE LA BLENNORRAGIE EST RÉALISÉ PAR

les Bougies

RÉTHRAGINE

ARGENT - ACIDE URIQUE - BROMURE DE RADIUM

DEUX CONCENTRATIONS RADIFÈRES :

1 ET **2** MICROS DE BROMURE DE RADIUM

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE AUX

LABORATOIRES L.-G. TORAUDE O. ✿ O. I. ✱

22 Rue de la Sorbonne, PARIS (V°)

nosine isolée également par Szent-Györgyi qui est plus active que l'acide adénylique.

En étudiant les extraits organiques pour déterminer à quoi sont dus leurs pouvoirs hypotenseurs, on arrive à constater que les substances protéiniques, comme les substances solubles dans l'eau et comme les graisses, participent à cette propriété. Les fractions grasses seraient particulièrement riches à cet égard. Les substances riches en azote comme les bases, les acides aminés, les peptides, prédominent. On trouve également des sucres, de l'acide lactique et d'autres acides organiques parmi ces substances à propriétés hypotensives. On arrive finalement à répartir les corps à propriétés hypotensives contenus dans ces extraits d'organes en 5 groupes: 1° bases puriques; 2° histidine; 3° arginine; 4° lysine; 5° acide monoaminé. L'acide adénylique passe dans le groupe des purines, l'histamine dans le groupe de l'histidine et la choline dans celui de la lysine. Ces trois groupes ont été toujours trouvés actifs par F.

Mais, en outre, le groupe de l'arginine s'est également montré actif et il contient principalement des dérivés de la guanidine qui, en général, augmentent la pression. Au surplus, il a été possible d'éliminer l'histamine à coup sûr de ce groupe. Il s'agit donc d'une substance qui n'appartient à aucun des 3 groupes jusqu'ici connus. Cette substance se montre, de plus, extraordinairement résistante à l'égard des acides, ce qui permet de la distinguer de l'acide adénylique et de la choline. On arrive ainsi à savoir, d'une façon sûre, si un extrait contient ou non, la substance en question. On a ainsi attribué à ce corps la formule brute suivante: $C^4H^{12}N^6$. Comme la réaction de Sakaguchi est fortement positive, il faut donc admettre qu'il s'agit d'un dérivé de la guanidine. La diazoréaction est négative.

D'autres auteurs, comme R. H. Major, ont d'ailleurs constaté que si la plupart des dérivés de la guanidine élèvent la pression, il en est cependant qui la font baisser, comme par exemple la synthaline (décaméthylène-diguanidine). D'autres dérivés possèdent également des propriétés hypotensives à la dose de quelques milligrammes. Ainsi, le métabolisme de la guanidine donne naissance à des substances hypotensives et hypertensives. Il est donc vraisemblable que des troubles primitifs de la pression sanguine doivent être en relation avec ces corps. Des diverses substances hypotensives ainsi isolées, l'acétylcholine est la plus active, car elle agit déjà à la dose d'une fraction de gamma. L'histamine et cette quatrième substance ont une même activité. L'acide adénylique et l'adénosine n'agissent que par milligramme. L'acétylcholine permettrait au parasympathique d'agir sur les organes et l'histamine dilate surtout les capillaires, parfois aussi détermine un choc. La quatrième substance aurait pour effet de dilater les artérioles en augmentant le débit du cœur.

P.-E. Morhardt.

Friedrich Klages. ***La valeur de l'épreuve de Greppi et Villa (contraction de la rate après injection d'adrénaline) pour le diagnostic des splénomégalies thrombophlébitiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 5, 4 Février 1933). — Les splénomégalies thrombophlébitiques donnent lieu à une symptomatologie clinique peu nette (hémorragies par les collatérales, troubles dyspeptiques, anémie, etc.) que Greppi et Villa ont cherché à compléter en faisant remarquer que l'injection sous-cutanée d'adrénaline ou d'éphétonine diminue, en pareil cas, le volume de cet organe dans des proportions souvent importantes tandis qu'en cas de rate hyperplastique et indurée, dans la maladie de Banti, par exemple, cette réduction de volume ne s'observe pas. Cependant, Lévy a eu l'occasion d'observer récemment une femme présentant une splénomégalie après infection puerpérale et dont la rate se réduisait sous l'influence de l'adrénaline en même temps que les hématies passaient de 3,6 à 4,2 millions. Il a été constaté, à l'intervention, qu'il s'agissait en réalité, d'une tuberculose miliaire.

Mais K. a eu l'occasion d'observer 3 cas qui confirment la manière de voir de Greppi et Villa. Dans un cas il s'agissait d'une thrombose veineuse de la rate survenue après traumatisme, le volume de la rate diminuant sous l'influence de l'adrénaline de deux travers de doigt et les hématies passant de 3,5 à 4,1 millions. De même chez une femme de 35 ans, les injections d'adrénaline ont diminué le volume de la rate qui était augmentée du fait d'une thrombophlébite comme il fut constaté à l'autopsie.

Dans un troisième cas, il s'est agi d'un garçon de 12 ans qui présentait au moins une fois par an des hémorragies gastrointestinales violentes en même temps qu'une splénomégalie importante. On fait le diagnostic de thrombose de la veine splénique et, avant de procéder à l'intervention, on constate que l'adrénaline fait rétracter la rate dans des proportions considérables de manière à ne plus occuper que le tiers de son volume primitif en même temps que les hématies passent de 4,28 à 4,56 millions et les leucocytes de 2.400 à 9.000. La rate fut enlevée et on constata qu'elle mesurait 15-7,5-4 cm. Mais cet organe ne présentait pas de thrombose vraie. Il doit donc être rangé dans ces troubles de la circulation splénique qui sont souvent assimilés, en pédiatrie, aux sténoses de la veine splénique (Walgreen) ou aux stases des sinus de la rate (Hueck).

K. a poursuivi également des recherches chez le chien et constaté ainsi que dans deux cas d'hypertrophie de la rate, provoquée par extraction de la moelle osseuse dans l'un et dans l'autre, par ligature de la veine splénique, l'injection d'adrénaline a fortement réduit le volume de la rate. Ainsi, il semble que cette épreuve ait une signification pratique et réelle dans les splénomégalies par troubles circulatoires. D'un autre côté, cette épreuve n'a déterminé jusqu'ici aucune hémorragie au niveau des vaisseaux collatéraux.

P.-E. Morhardt.

G. Embden, H. J. Deuticke et Gert Kraft. ***Processus intermédiaire dans la glycolyse du tissu musculaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 6, 11 Février 1933). — D'après E. et ses collaborateurs la production d'acide lactique se fait par clivage de la molécule de sucre à 6 atomes de C en 2 molécules possédant chacune 3 atomes de C. Cette transformation s'opère une fois que le sucre a été combiné à l'acide phosphorique. Dans ces conditions, une molécule d'acide hexosediphosphorique donne naissance à 2 molécules d'acide triosemonophosphorique. Par un phénomène voisin de la réaction de Canizzaro ces deux dernières molécules en se combinant à H^2O peuvent donner lieu à 2 molécules l'une d'acide glycérine-phosphorique et l'autre d'acide phosphoglycérinique dont voici les formules:

```
                         O                                   O
                        //                                  //
CH₂ — O — P — OH             CH₂ — O — P — OH
 |                     \                     |                     \
 |                      OH                   |                      OH
C = O                                   CHOH
 |                                           |
CH₂OH                                   COOH
```

Acide glycérinophosphorique. — Acide phosphoglycérinique.

Ces deux acides sont capables de donner naissance à de l'acide lactique. Dans 50 gr. de muscle broyé, il existe 173 milligr. d'acide lactique. Après deux heures de séjour à l'étuve et en présence de bicarbonate de soude, ce corps s'élève à 213 milligr. L'adjonction d'une quantité définie soit d'acide phosphoglycérinique, soit d'acide glycérine phosphorique ne l'augmente que dans des proportions insignifiantes. Mais si on ajoute simultanément ces deux substances, la proportion d'acide lactique passe à 402 milligr.

En somme, la production glycolytique d'acide lactique se ferait en quatre phases. Il y aurait d'abord synthèse de l'acide hexosediphosphorique par combinaison entre une molécule d'hexose et deux molécules d'acide phosphorique. Dans une seconde phase, l'acide ainsi formé donne naissance à 2 molécules d'acide triosephosphorique. Dans une troisième phase, 2 de ces molécules en se combinant à une molécule d'eau donnent naissance à une molécule d'acide glycérine phosphorique et à une molécule d'acide phosphoglycérinique. Dans une quatrième phase, l'acide phosphoglycérinique donne naissance à de l'acide phosphorique et à de l'acide pyroglucosique. Dans une cinquième phase, ce dernier acide donne naissance à de l'acide lactique en régénérant un acide triosephosphorique, après quoi les phases 3, 4 et 5 se reproduisent.

Dans cette nouvelle conception des phénomènes de la glycolyse, le méthylglyoxal n'intervient pas. Cette substance, la seule à partir de laquelle, semble-t-il, puisse se former de l'acide lactique dextrogyre, ne doit pas vraisemblablement intervenir. Le méthylglyoxal ne peut se transformer en acide lactique sous l'influence d'un ferment qu'en présence de glutathion, alors que la production de l'acide lactique par les muscles est indépendante du glutathion. On pourrait ainsi admettre que l'acide lactique se forme par deux voies, le méthylglyoxal et le ferment correspondant donnant exclusivement lieu à de l'acide lactique lévogyre; en outre, le méthylglyoxal peut donner lieu à de l'acide lactique par transformation préalable en acide pyroglucosique. Ainsi, s'explique qu'on trouve dans certains organismes, en même temps de l'acide lactique droit et gauche. Mais, au cours de la glycolyse, il apparaît exclusivement de l'acide lactique droit, ce qui revient à dire que le méthylglyoxal ne joue pas alors un rôle important.

P.-E. Morhardt.

Franz Groebbels. ***Recherches sur l'effet des facteurs vitaminiques sur la croissance, la durée de la vie et la fertilité*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 6, 11 Février 1933). — Des rats ont été soumis à un régime synthétique auquel on a ajouté des vitamines sous forme de levure (vitamine B), d'huile de foie de morue et de jaune d'œuf (vitamines A, B, D), d'huile de foie de morue (vitamines A et D) ou de vigantol (vitamine D).

Dans une première série d'expériences, ce régime avec ou sans vitamines a été administré aux femelles bien avant la mise bas. Dans ce cas, le régime synthétique pur ou additionné de vitamines B n'a pas paru agir sur le nombre des petits. Mais quand on a ajouté à ce régime les vitamines A et D sous une forme ou sous une autre, la fertilité a diminué d'autant plus que l'animal avait été soumis plus longtemps à ce régime. Il ne s'agit en tous cas pas d'une hypervitaminose D, les doses étant trop faibles.

Par contre, la croissance des jeunes quand les femelles étaient nourries simplement avec le régime de bases additionné de levure a été médiocre et la durée de la vie limitée. Cet effet a été d'autant plus marqué que les femelles étaient soumises à ce régime depuis plus longtemps. En ajoutant d'autres vitamines, on constate que la vitamine D seule a les effets les moins favorables tandis que l'association de vitamines A, B et D aurait au contraire les effets les plus favorables.

L'administration de vitamine B aux femelles pleines fait en effet apparaître des convulsions chez les jeunes. La durée de la vie des petits augmente sous l'influence de l'huile de foie de morue et de jaune d'œuf davantage que sous l'influence de l'huile de foie de morue seule ou de vigantol. Il semble que le jaune d'œuf renforce les effets de l'huile de foie de morue.

P.-E. Morhardt.

Carl Kaufmann. ***Hémorragie menstruelle vraie chez une femme castrée après administration d'hormone folliculaire et d'hormone du corps jaune*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 6, 11 Février 1933). — K., de la clinique gynécologique de G. A. Wagner, à Berlin, pense avoir réussi pour la première fois à faire apparaître une hémorragie menstruelle vraie chez une femme castrée.

Jusqu'ici, effectivement, il n'avait pas été démontré, d'une façon vraiment scientifique, qu'on ait réussi à provoquer une réfection de la muqueuse utérine. Or, chez une jeune femme castrée cinq ans auparavant et complètement aménorrhéique, on a pu, après administration intramusculaire de 210.000 unités-souris d'hormone ovarienne (benzoate de progynon) en vingt et un jours et de 35 unités-lapin d'hormone du corps jaune (lutéohormone) en sept jours, donner à la muqueuse utérine sa structure prégravide.

Ce résultat a été obtenu après plusieurs tentatives infructueuses. Une nouvelle tentative qui a consisté à administrer 320.000 unités-souris d'hormone ovarienne et 90 unités-lapin d'hormone du corps jaune a fait apparaître, vingt-quatre heures après la dernière injection, une hémorragie qui a duré trois jours et qui s'est élevée à 40 cmc. Dans le sang, on a trouvé des débris de muqueuse utérine à la phase prégravide. Il est difficile, actuellement, selon K., de fixer la dose standard pour obtenir des effets de ce genre. Il admet cependant que la dose employée par lui peut être considérée comme physiologique.

Depuis lors, chez une femme de 40 ans, castrée depuis deux ans, on a procédé le 5 Novembre dernier à un curettage de l'utérus. La muqueuse était dans un état d'atrophie sévère. Du 6 au 21 Novembre, c'est-à-dire en seize jours, il a été administré 300.000 unités-souris d'hormone ovarienne et du 22 au 27 Novembre 60 unités-lapin d'hormone du corps jaune : quarante-huit heures après la dernière injection, il est survenu une hémorragie qui a duré trois jours et demi, constituée par 30 cmc de sang dans lequel on a retrouvé des débris de muqueuse utérine à la période pré-gravide.

Il semble ainsi que pour arriver à stimuler la prolifération de la muqueuse utérine chez une femme castrée, des doses considérables d'hormone ovarienne sont nécessaires.

P.-E. Morhardt.

S. J. Thannhauser et **H. Fuld.** ***Coma par insuffisance d'insuline et coma réfractaire à l'insuline au cours d'un cas de diabète*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 7, 18 Février 1933). — T. et F. remarquent que les observations de coma résistant à l'insuline sont extrêmement rares. L'observation qu'ils donnent est, selon eux, la première dans laquelle il soit bien démontré qu'il s'agit d'un cas de ce genre.

Ce cas concerne une femme de 65 ans, obèse, présentant du diabète depuis l'âge de 59 ans. Elle s'est d'ailleurs bien portée jusqu'à il y a trois semaines, époque à partir de laquelle son état s'aggrava. Elle est arrivée à la clinique en plein coma. Sous l'influence des injections d'insuline, elle se réveille au bout de deux jours et, vingt jours plus tard, elle quitte la clinique sans glycosurie avec un régime de 2.100 calories constitué par 96 gr. d'albumine, 144 gr. de graisse, 86 gr. d'hydrates de carbone et 90 unités d'insuline par jour. Cependant le sucre du sang persiste au taux de 260 milligr. pour 100 gr., taux qu'on ne cherche pas à restreindre parce que la patiente présente facilement des états d'hypoglycémie.

Douze jours après avoir quitté la clinique, la malade se sent de nouveau fatiguée. On trouve 395 milligr. de sucre et une glycosurie s'élevant à 60 gr. La malade rentre à la clinique où on fait passer le taux d'insuline à 190 unités. On réduit le régime et plus spécialement les hydrates de carbone à 65 gr. Les résultats au point de vue sucre sont complètement nuls. Alors que la patiente avait antérieurement un équivalent de glucose d'environ 1 gr. d'hydrates de carbone par unité d'insuline, elle élimine sous l'influence de ce nouveau traitement 53 gr. de glucose, c'est-à-dire que 3 unités d'insuline ne parviennent pas à lui faire assimiler 1 gr. d'hydrates de carbone. Dans les jours suivants, on augmente encore l'insuline, on donne deux jours d'avoine puis on réduit encore le régime à 1.522 calories dont les protéines font 28 gr. Parallèlement, la détermination des corps cétoniques montre une aggravation de l'état du métabolisme et enfin, il apparaît un état comateux d'où 350 unités d'insuline par voie sous-cutanée et 10 unités par voie intraveineuse ne tirent pas la malade. Le sucre du sang persiste en effet à 950 milligr.

On se décide alors à administrer 1.060 unités d'insuline en injection intraveineuse et 170 en injection sous-cutanée. Le sucre du sang baisse momentanément mais persiste cependant au taux observé seulement en cas de coma sévère.

A ce sujet, T. et F. discutent la signification des observations publiées par Rathery et Sigwald, par Marcel Labbé, etc., et ils font remarquer que les observations de résistance à l'insuline doivent être réparties en 3 groupes. Dans le premier figurent ce qu'on appelait autrefois diabète rénal et aujourd'hui réuni sous le nom de diabètes extra-insulaires. Il s'agit vraisemblablement d'un groupe relevant d'étiologies diverses. Dans un second groupe figurent les diabètes qui exigent pendant un certain temps de fortes doses d'insuline et qui doivent être considérés comme étant à la fois insulaires et extra-insulaires (cas de Falta et Högler, et de Falta et Boller).

Dans un troisième groupe figurent les cas qui exigent parfois 4 unités d'insuline pour 1 gr. d'hydrate de carbone mais qu'on arrive néanmoins à débarrasser de leur glycosurie et de leur acétone. Il y a alors le plus souvent complications infectieuses.

Le cas de T. et F. appartiendrait à un quatrième groupe. A ce sujet, ceux-ci font remarquer que la glycolyse peut se faire dans les muscles par deux phases : soit par le glycogène musculaire, soit par l'éther de l'hexose phosphorique, c'est-à-dire par le lactacidogène. Dans le foie, la glycolyse se fait exclusivement par l'intermédiaire du glycogène. Cette dernière méthode exige le pancréas, c'est-à-dire l'insuline. Ce serait la cellule hépatique qui représenterait l'endroit où l'insuline agit pour désintégrer le glycogène. La synthèse du glycogène exige une cellule hépatique intacte et riche en ferments. Ainsi, l'insuline ne pourrait agir quand la cellule hépatique est dépourvue de ces ferments et transformer le sucre en glycogène.

Dans l'observation qui fait l'objet de ce travail, il y aurait donc eu diabète insulaire vrai par manque d'insuline auquel serait venu s'adjoindre ultérieurement un nouveau facteur privant la cellule hépatique de ses ferments indispensables pour que l'insuline agisse.

P.-E. Morhardt.

Ernst Brieger. ***La mise au repos du poumon dans la collapsothérapie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 7, 18 Février 1933). — Le poumon prétendûment mis au repos par pneumothorax reste cependant le siège d'une ventilation importante comme le montrent les observations faites à propos du pneumothorax bilatéral. De plus, avec des pressions intrapleurales de —20 cmc d'eau, le volume du poumon collabé doit varier comme la capacité du thorax, la différence ne pouvant pas dépasser 1 pour 100.

Des expériences pratiquées par B. chez les lapins ont montré qu'une insufflation d'un volume d'air (15 cmc) correspondant à 500 cmc pour l'homme ne modifie pas le volume de l'air courant parce qu'il s'observe alors une hyperventilation. Dans le pléthysmographe on constate que le poumon n'est mis au repos que dans la mesure où le thorax lui-même est immobilisé.

B. a également poursuivi des recherches au point de vue des fonctions circulatoires et tout d'abord de l'oxygénation du sang. Il a ainsi constaté que le sang artériel reste saturé d'oxygène tant que l'air courant n'est pas devenu inférieur à l'espace mort représenté par la trachée et par la cavité nasale. Mais si l'air courant diminue encore, on arrive, en faisant pénétrer de l'oxygène au niveau même de la bifurcation des bronches, à artérialiser encore le sang, ce qui doit être pris en considération au point de vue thérapeutique.

En mesurant le débit par minute du cœur, il a été constaté une diminution qui cependant est compensée par le fait que l'oxygène du sang est mieux utilisé par la périphérie au point que le sang veineux revient parfois complètement dépourvu d'oxygène.

Le pneumothorax diminue surtout l'air de réserve. On constate d'ailleurs que le temps nécessaire pour expulser ce volume d'air est prolongé du fait du pneumothorax.

B. remarque, en terminant, que c'est surtout les parties malades des poumons qu'il faut collaber. Par contre, il faut laisser le plus possible les régions saines participer à la respiration. Les bandages immobilisants et la section des scalènes sont des méthodes tout à fait inutiles. Par contre la section des adhérences et la thoracoplastie sélective sont recommandables.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Bezecny et **E. Berlin.** ***Etiologie de l'acrodermatite atrophique de Herxheimer*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 7, 18 Février 1933). — On n'est pas d'accord sur l'étiologie de l'acrodermatite de Herxheimer. On invoque les traumatismes thermiques, les plaies, les intoxications, les infections, les angioneuroses, etc., ou encore une disposition résidant dans une insuffisance du tissu élastique à l'égard des diverses causes pathogènes possible.

Un cas de B. et B. paraît apporter une contribution importante à ces conceptions. Il s'agit d'une femme de 40 ans dont les règles sont faibles depuis une année et qui depuis trois ans présente une augmentation de volume de la thyroïde qui va en s'accentuant. Il apparaît des sueurs profuses, des palpitations, du tremblement ainsi que de l'amaigrissement. Depuis six ans, la peau des pieds est sèche et rouge. Plus tard, celle des bras et du visage se prit également.

On constate effectivement que la peau du visage et des bras est infiltrée et rouge mais pas atrophiée. Celle des cuisses est mince, desquame en fines pellicules et présente une couleur rouge-bleu. En plusieurs endroits, on trouve des vaisseaux dilatés sous forme d'étoiles, quelques veines ectasiées, aucune trace de poils. Des lésions analogues se trouvent également sur la surface antérieure du genou. Le diagnostic d'acrodermatite atrophique au stade infiltrant sur le visage et sur les bras et au stade atrophique sur les cuisses est indiscutable. Il est d'ailleurs confirmé par le fait que la malade a été à ce point de vue examinée dans diverses cliniques de dermatologie.

D'autre part, la malade présente tous les signes d'une maladie de Basedow avec métabolisme de base = + 61 pour 100, pouls entre 80 et 90 au lit, lymphocytes 45 pour 100 et légère exophtalmie. Après préparation par l'iode, on intervient et cinq jours plus tard, la rougeur et le gonflement du visage et des avant-bras ont déjà rétrocédé. La peau des cuisses n'est plus plissée ; elle est humide ; les ectasies vasculaires ont fortement regressé. A la

palpation, la peau présente une consistance normale. Dix jours plus tard, le métabolisme de base est descendu à + 4 pour 100, le pouls à 62, les lymphocytes à 33 pour 100 et, au vingtième jour, la peau est redevenue tout à fait normale et il ne persiste plus que quelques petites ectasies vasculaires. Le tremblement a disparu ainsi que l'exophtalmie.

Il semble donc bien que, dans ce cas, qui a la valeur d'une expérience, un facteur endocrinien soit intervenu dans l'étiologie de cette maladie. Il est plus difficile de comprendre comment la peau atrophiée a pu reprendre son état normal. Jusqu'ici, les cas de guérison n'ont pas été décrits. En tous cas, il faut admettre que l'atrophie de la peau était en réalité due à la perte du liquide interstitiel.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

J. Loesch (Morristown). ***Recherches sur la néphrite expérimentale et sur l'hypertension*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LIV, n°s 7-8, 18-25 Février 1933). — En présence des discordances entre cliniciens sur la lésion primitive de l'hypertension, L. s'est donné pour tâche de suivre l'évolution de la pression quand les reins sont exclusivement lésés, de rechercher les modifications du chimisme sanguin déterminées par les altérations rénales, enfin d'étudier les lésions du rein par biopsie au cours des expériences et à l'autopsie à la suite de la mort naturelle des animaux.

Chez des chiens recevant un régime fixe et dont certains furent néphrectomisés d'un côté, après avoir soigneusement déterminé la valeur de la pression artérielle avec le sphygmomanomètre pendant un certain temps, L. a luxé les reins de leur loge et les a attirés à la région lombaire de façon à rendre leur pédicule vasculaire facilement accessible. Six mois après, il a isolé ce dernier de façon à pouvoir provoquer à volonté une ischémie de durée variable (en général dix à vingt-cinq minutes tous les trois jours) au moyen de pinces à mors garnis de caoutchouc.

Il a pu obtenir ainsi une augmentation marquée de la pression, allant de 36 à 64 mm. Hg chez les chiens ayant leurs deux reins, et de 18 à 46 mm. Hg chez les animaux à rein unique. Les modifications de la pression diastolique ne semblèrent pas avoir une grande importance.

De ces recherches, il découle que l'hypertension est causée: 1° par un facteur rénal, en l'espèce les modifications produites dans le rein lui-même; 2° par un facteur extrarénal, mais conditionné par le rein, représentant la conséquence des troubles subis par les fonctions partielles du rein.

La capacité fonctionnelle des reins se montre liée au maintien d'une certaine quantité de parenchyme rénal. Avec un régime très analogue et une durée approximativement égale de l'ischémie, les animaux à rein unique succombèrent à l'urémie azotémique, alors que les chiens ayant leurs deux reins ne présentèrent qu'une minime élévation de leur urée sanguine.

Il se produisit déjà de l'acidose, à en juger par l'augmentation du phosphore minéral et par l'abaissement du bicarbonate du plasma, alors que l'urée sanguine était normale ou peu élevée; mais au stade d'urémie, l'acidose marcha à peu près parallèlement à la rétention azotée. Le taux du phosphore atteignit ainsi jusqu'à 19 milligr. pour 100 tandis que la réserve alcaline tombait à 22 pour 100 en volume.

La créatinine ne présenta pas de modifications spéciales, mais elle monta au stade terminal jusqu'à 5 milligr. pour 100, traduisant comme la rétention uréique la gravité des troubles de la fonction rénale.

L'acide urique ne fournit aucun renseignement sur le degré de l'altération du fonctionnement du rein.

Il se produisit, tant chez les chiens ayant leurs deux reins que chez ceux qui n'en avaient qu'un, des troubles du pouvoir de dilution et d'excrétion de l'eau. Tandis que chez les premiers le pouvoir de concentration demeura assez satisfaisant pendant toute la durée des expériences, il s'altéra chez les derniers et il se produisit de l'hyposthénurie.

Quand on força les chlorures du régime, les chiens ayant leurs deux reins les excrétèrent en augmentant la concentration tandis que les animaux à rein unique cherchèrent à le faire au moyen de la polyurie, par suite de la perte partielle de leur pouvoir de concentration.

Chez les chiens à rein unique, la suralimentation carnée donna lieu à une rétention azotée grave, amenant la mort en peu de temps, tandis que les chiens ayant leurs deux reins ne présentèrent qu'une rétention modérée.

L'albuminurie augmenta notablement avec le régime hyperchloruré et riche en viande, par suite du surmenage imposé aux cellules rénales déjà lésées; de plus, avec le régime hyperazoté, on pouvait penser à une augmentation des protéines du plasma, mais les recherches n'ont pas été poursuivies sur ce point.

L'examen des urines, à la suite de la répétition de l'ischémie, montra des globules rouges et des leucocytes en abondance ainsi que des cellules épithéliales du rein. Chez les animaux à rein unique on trouva au stade terminal de nombreux cylindres hyalins et granuleux.

Voici les lésions constatées chez les animaux soumis à l'ischémie rénale temporaire répétée :

1° Au niveau de la capsule de Bowman et du bouquet capillaire glomérulaire de la prolifération des cellules, traduisant l'irritation rénale, des nécroses témoignant des troubles circulatoires progressifs dans ces capillaires, de l'hyperplasie du tissu conjonctif et de l'atrophie des glomérules allant jusqu'à la dégénérescence hyaline.

2° Au niveau des petits vaisseaux, et en particulier des vaisseaux afférents, des épaississements de la paroi pouvant aboutir à l'occlusion de leur lumière.

3° Au niveau des tubuli, des altérations, allant du degré le plus léger aux lésions les plus graves, telles que desquamation, dégénérescence et nécrose. A un stade avancé, on trouve de l'aplatissement des épithéliums et de la dilatation des lumières qui renferment des cylindres hyalins et des hématies.

4° Avec les progrès des lésions parenchymateuses, il se produit de la prolifération du tissu conjonctif et une infiltration lymphocytaire et leucocytaire.

5° L'examen des autres organes ne révéla pas d'altérations au niveau des vaisseaux. Macroscopiquement, l'œdème du cerveau était très frappant ainsi que l'hypertrophie du cœur qui s'explique par l'effort plus grand que nécessitent les modifications rénales, et aussi, en partie, par l'intervention des facteurs extrarénaux, mais conditionnés par le rein.

P.-L. Marie.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

K. Hutter. ***A propos du radiodiagnostic de la tuberculose rénale; remarques sur les indications de la pyélographie rétrograde et de la pyélographie par voie intraveineuse*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLVII, n° 1, Janvier 1933). — Cette étude est divisée en trois parties qui concernent repectivement: 1° les résultats en ce qui regarde le rein; 2° ceux qui concernent les voies urinaires supérieures; 3° les indications des deux méthodes. 14 résumés d'observations contribuent à souligner les données principales de ce travail qui conduit H. aux conclusions suivantes : Dans la tuberculose rénale, les radiographies simples, sans emploi de produits de contraste, ne montrent en général aucune modification pathologique et images lacunaires ou calcifiées éventuelles, ne présentent aucun caractère pathognomonique de tuberculose, alors que l'emploi des moyens de contraste permet d'obtenir des images très intéressantes.

Le diagnostic radiologique a d'autant plus de valeur que les divers procédés cliniques (cystoscopie et recherches microscopiques entre autres) sont moins nets; c'est ainsi que si la cystoscopie et la recherche du bacille de Koch dans l'urine sont nettement positives, la pyélographie intraveineuse ne fera que confirmer un diagnostic établi (et un résultat négatif ne saurait entrer en ligne de compte) tandis que la pyélographie rétrograde est contre-indiquée en raison des dangers de propagation.

Les possibilités de mettre en évidence par les rayons une tuberculose rénale dépendent du siège et de l'extension de l'affection :

Si la lésion tuberculeuse est en rapport direct avec les voies urinaires, il est possible d'obtenir des images caractéristiques; ce n'est que dans des conditions favorables que la pyélographie par voie intraveineuse ou rétrograde permet de mettre en évidence de petites lésions papillaires ou muqueuses.

La pyélographie rétrograde permet, en général, en cas de lésions parenchymateuses, de mettre en évidence un aspect flou des cavités (soit du fait d'une perte de substance, soit par atteinte d'un ou plusieurs calices).

Cavernes ou calices sont-ils remplis de substance caséeuse, on peut cependant distinguer, en général, leurs limites et leur manque d'opacification qui doivent faire penser à une tuberculose.

La pyélographie intraveineuse permet d'obtenir des résultats de même ordre, à condition qu'il subsiste une quantité suffisante d'organe susceptible de permettre la concentration de la substance opacifiante; l'absence de visibilité du rein ne suffit pas à affirmer une tuberculose; elle doit cependant entrer en ligne de compte quand on y pense déjà.

Dans le cas où la pyélographie rétrograde permet de constater des lésions de destruction (parfois très minimes, fistuleuses), il est possible par pyélographie intra-veineuse de mieux définir l'aspect de la lésion.

Les lésions intra-parenchymateuses, sans communication avec les voies urinaires, peuvent modifier les propriétés physiologiques des cavités sans en altérer les contours; celles-ci provoquent, en général, l'allongement et le rétrécissement du col des calices qui n'a rien de pathognomonique en ce qui concerne la tuberculose. S'agit-il d'une rétention urinaire, la pyélographie intraveineuse permet de la mettre en évidence. Il s'agit d'ailleurs là d'une éventualité rare, non pathognomonique de la tuberculose.

Ainsi les possibilités d'un diagnostic précoce de tuberculose par les rayons X sont minimes; d'autre part, à un stade avancé, les symptômes cliniques peuvent permettre à eux seuls de porter un diagnostic.

Certains signes radiologiques précoces, comme l'atonie des voies excrétrices supérieures (déplacement de l'uretère, coudure en anse de celui-ci, calibre et segmentation variables), sans être pathognomoniques de la tuberculose, doivent cependant y faire penser.

H. résume ainsi les différentes modalités d'application des deux procédés :

1° *Contre-indications formelles:* a) *pyélographie intra-veineuse:* risques de thrombose; altération de l'ensemble de la fonction urinaire; né-

phrite aiguë; pas de résultat à espérer; b) *pyélographie rétrograde:* infection vésicale; ignorance du côté malade.

2° *Contre-indications relatives:* a) tuberculose aiguë hémoptoïque; affections glandulaires; b) tuberculose; diagnostic déjà établi par d'autres méthodes.

3° *Indications absolues:* a) phimosis; rétrécissements et sténoses des voies urinaires; atrésie vésicale; enfants; b) absence de veines.

4° *Indications relatives:* a) pyélographie rétrograde insuffisante ou d'apparence normale (pour étudier en ce cas la fonction rénale); b) pyélographie intraveineuse d'apparence normale (pour étudier dans ce cas les localisations papillaires et muqueuses).

MOREL KAHN.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Van Dorp. ***Alcool et tuberculose*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVII, nos 1 et 2, 1933). — V. D. a observé dans le sanatorium qu'il dirige à Katwyk deux catégories d'enfants tuberculeux: les uns, qui constituent les deux tiers de la totalité, issus d'ascendants tuberculeux et présentant eux-mêmes des manifestations tuberculeuses bénignes, les autres représentant le dernier tiers, étant atteints de tuberculose chirurgicale bien plus grave. Il lui est apparu que les enfants de cette deuxième catégorie présentaient des antécédents d'alcoolisme héréditaire. L'enquête statistique, à laquelle s'est livré V. D., rejetant tous les cas dans lesquels l'enquête n'a pu être suffisamment précise, a paru corroborer son impression clinique en accord avec les travaux anciens de von Bunge et de Arrive. Il est logique d'ailleurs qu'il en soit ainsi; lorsque se trouvent réunis chez les ascendants la tuberculose et l'alcoolisme, on conçoit que le manque de soins, les mauvais traitements, la nourriture insuffisante, conséquences d'une intempérance des parents, favorisent la contamination de l'enfant et augmentent la gravité de la maladie. Une autre preuve est fournie par des courbes de mortalité par tuberculose nettement inférieures pendant la guerre, ce qui tient sans doute aux restrictions d'alcool imposées aux divers pays, la Hollande comprise.

G. BASCH.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

E. Hanrahan et **S. Miller.** ***Action de la splénectomie dans le syndrome de Felty*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 15, 8 Octobre 1932). — Le syndrome de Felty est l'homologue, chez l'adulte, de la maladie de Still chez l'enfant: il se caractérise par la coexistence de rhumatisme chronique, de splénomégalie et de leucopénie.

Les auteurs ont observé un cas de syndrome de Felty, et, à cause du volume considérable de la rate, une splénectomie fut faite. La rate, qui pesait 525 gr., présentait une forte hyperplasie des cellules endothéliales le long des sinus dilatés, et une augmentation du nombre des plasmazellen dans les zones pulpaires.

A la suite de cette intervention, une grosse amélioration fut observée dans l'arthrite chronique et dans la formule sanguine.

R. RIVOIRE.

F. Mac Carthy et **R. Wilson.** ***Les dyscrasies sanguines consécutives à l'emploi des arsénobenzènes*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 19, 5 Novembre 1932). — Bien qu'exceptionnels, les troubles sanguins, provoqués par les ingestions d'arsénobenzènes, doivent être connus. Les auteurs font une revue générale des cas publiés, et les classent en plusieurs catégories: le groupe thrombocytopénique, le groupe thrombocytopénique et granulocytopénique, les agranulocytoses et les hypo-granulocytoses, les anémies aplastiques.

Ils terminent par des considérations pathogéniques, accusant le radical benzène plutôt que l'arsenic, sauf pour les complications thrombocytopéniques qui seraient plutôt de nature anaphylactoïde.

R. RIVOIRE.

J. Camp. ***Les lésions osseuses dans l'hyperparathyroïdisme; étude radiologique*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 23, 3 Décembre 1932). — Les lésions anatomiques des os au cours de la maladie de Recklinghausen sont maintenant bien connues. Mais l'aspect radiologique du squelette au début de la maladie est encore mal précisé: pourtant, la radio doit être le symptôme qui permet de faire précocement un diagnostic et une intervention avant le stade des déformations importantes.

C., se basant sur l'étude radiologique de 10 malades atteints d'ostéite fibreuse, insiste sur l'importance diagnostique d'une variété particulière de décalcification, l'ostéoporose miliaire et granuleuse, qui, pour lui, est le symptôme initial et pathognomonique de la maladie. Les aspects kystiques, les tumeurs à cellules géantes, n'apparaissent que beaucoup plus tardivement.

Après l'intervention, l'aspect miliaire des os disparaît très rapidement. Par contre, les kystes et les tumeurs deviennent plus apparents, à cause du dépôt de calcium à leur périphérie; à la longue pourtant, ils peuvent disparaître totalement par restauration de l'architecture normale de l'os.

R. RIVOIRE.

C. Jungeblut et **E. Eagle.** ***La résistance à la poliomyélite : importance relative des facteurs physiologiques et immunologiques*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 25, 17 Décembre 1932). — Une hypothèse communément acceptée postule que la résistance des adultes à la poliomyélite est due à une immunisation universelle occulte contre le virus de la maladie. Cette hypothèse n'explique pas certaines épidémies frappant des individus, de tout âge, ni l'augmentation de l'âge moyen observée au cours des dernières années chez les malades atteints de poliomyélite.

La présence dans le sang des adultes d'un pouvoir viricidal ne semble pas en rapport avec un contact prolongé en milieu épidémique, puisqu'elle a pu être observée chez des individus habitant des îles où la poliomyélite est inconnue, et même chez des singes isolés dans des cages.

Dans un certain nombre de cas, l'auteur a pu déterminer l'apparition des antitoxines dans le sang de singes jeunes ayant subi un traitement prolongé par des extraits de lobe antérieur d'hypophyse. L'auteur suggère que l'immunité antipoliomyélitique de l'adulte est peut-être due à l'apparition dans le sang des sécrétions hormonales propres à l'âge adulte.

R. RIVOIRE.

C. B. Upshaw. ***Le traitement conservateur de l'éclampsie*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 25, 17 Décembre 1932). — U. apporte sa statistique personnelle des cas d'éclampsie traités pendant une période de quatre ans: cette série comporte 91 cas, avec une mortalité globale de 5,4 pour 100. De l'étude de cette statistique, l'auteur tire les conclusions suivantes:

1° Les résultats les plus favorables ont été obtenus en s'efforçant de faire disparaître les convulsions avant toute tentative de travail provoqué. Pour cela, U. utilise la morphine, les injections intraveineuses de sulfate de magnésium à 10 ou 20 pour 100, répétées toutes les heures; les injections intraveineuses de sérum glucosé hypertoniques, afin de stimuler la diurèse.

2° Pour provoquer l'accouchement, l'auteur se contente de rompre les membranes et de permettre la sortie d'une certaine quantité de liquide amniotique. L'accouchement doit se faire spontanément, et l'on doit s'abstenir au maximum de manœuvres intra-utérines.

A l'aide de cette technique, la mortalité de U., qui était au début de 35 pour 100, est tombée à 0 au cours des deux dernières années. Par contre, la mortalité fœtale est toujours élevée, avoisinant 30 pour 100.

R. RIVOIRE.

A. W. Rowe. ***Les toxémies de la grossesse : I. Quelques remarques sur le facteur hépatique*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 25, 17 Décembre 1932). — R. a étudié les fonctions hépatiques chez 40 femmes atteintes de toxémie gravidique, à l'aide des diverses méthodes d'exploration fonctionnelle en usage, en particulier par l'étude des rapports uréiques, la mesure de l'azote résiduel sanguin, le dosage du cholestérol du sang, l'épreuve de la tolérance au galactose, le dosage de la bilirubine sanguine. Les mêmes épreuves furent faites chez des femmes enceintes, mais non atteintes de toxémie gravidique. Le résultat de cette enquête fut le suivant: il existe chez la plupart des femmes atteintes d'éclampsie ou de vomissements incoercibles un certain degré de déficience hépatique, mais cette déficience n'est pas constante et n'est pas en relation directe avec l'intensité des symptômes cliniques. Chez les femmes dont la grossesse est normale, l'insuffisance hépatique ne peut être décelée qu'exceptionnellement.

R. RIVOIRE.

G. Ewall. ***La lithiase cystinique du rein*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 26, 24 Décembre 1932). — La lithiase cystinique du rein est une complication de la cystinurie, maladie générale métabolique assez rare, ayant un caractère héréditaire bien défini. L'apparition de calcul n'est pas fatale chez les cystinuriques; elle est favorisée par la stase ou l'infection urinaire. On doit suspecter cette étiologie chaque fois qu'on se trouve en présence de malades faisant des calculs rénaux récidivants: le diagnostic se fait facilement par la recherche de la cystine dans l'urine. Le traitement consiste en un régime contenant peu de protéines, particulièrement de protéines ayant une forte teneur en cystine. Il faut également rendre les urines alcalines par l'administration orale d'alcalins. Dans 2 cas observés par E., un tel régime détermina rapidement la diminution de la cystine urinaire et la disparition du sable cystinique: celui-ci reparut rapidement dès que le régime fut cessé.

R. RIVOIRE.

H. Morris, L. Langlois et **J. Brunton.** ***Le mal de rein urologique*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 27, 31 Décembre 1932). — Le mal de rein ou lumbago est un symptôme fréquent dans diverses affections urologiques. M., L. et B., en revisant les observations de 3.600 malades atteints de diverses maladies de l'appareil urinaire, ont noté l'existence de ce lumbago dans 31 pour 100 des cas.

Le lumbago est presque constant dans la pyélite: c'est une douleur diffuse, sourde et profonde.

Celui de la ptose rénale est analogue, mais plus paroxystique et soulagé par le repos.

Dans le calcul du rein, la douleur lombaire est de siège plus latéral, presque toujours unilatéral.

Dans les affections prostatiques, la douleur est de siège sacré, et irradie souvent le long du sciatique.

R. RIVOIRE.

S. M. Jordan. ***Le côlon instable et les neuroses*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 27, 31 Décembre 1932). — L'association de troubles nerveux et de troubles fonctionnels du côlon est connue depuis longtemps, bien qu'il soit difficile de préciser si le côlon ou le système nerveux sont primitivement lésés. J. a fait une étude dans ce sens et arrive aux conclusions suivantes :

1° Il existe un groupe de cas où la lésion intestinale est primitive, causée le plus souvent par l'usage intempestif et prolongé des lavements ou des laxatifs.

2° Un certain nombre de ces malades présentent, en outre, des symptômes psychiques, que le traitement des troubles coliques améliore considérablement.

3° Il est probable que les troubles psychiques sont presque toujours secondaires aux troubles intestinaux, même lorsque l'irritabilité colique n'a pas une cause définie. R. RIVOIRE.

R. Stephenson. ***L'immunotransfusion non spécifique dans la septicémie à streptocoque hémolytique : analyse des modifications sanguines par la méthode de Schilling*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 2, 14 Janvier 1933). — S. expose l'observation d'un malade atteint de septicémie à streptocoque hémolytique, guéri par une série d'immuno-tranfusions non spécifiques. Le donneur recevait sept heures avant la prise de sang une injection intraveineuse de 50.000.000 de bacilles d'Eberth tués.

Après chaque transfusion, le malade, dont l'état général était extrêmement grave avant le début de la thérapeutique, présenta une amélioration considérable. Après six transfusions identiques, réparties sur deux mois, le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

Au cours de ce traitement, une série de numérations globulaires par la méthode de Schilling fut faite : cette étude des modifications sanguines révéla immédiatement après chaque transfusion un déplacement vers la droite de la courbe leucocytaire, donc probablement une augmentation notable des réactions de défense. R. RIVOIRE.

J. Gordon. ***L'immunotransfusion dans la scarlatine*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 2, 14 Janvier 1933). — Le traitement de la scarlatine varie beaucoup suivant le type et la gravité de la maladie : alors que la scarlatine toxique a un traitement efficace dans la sérothérapie, la scarlatine aiguë et septique, la scarlatine angineuse ou nécrotique ont un traitement remarquable, l'immuno-transfusion. Cela est particulièrement net pour les complications infectieuses tardives, le syndrome secondaire de la scarlatine, dans lequel la sérothérapie est inefficace.

Pour pratiquer cette immuno-transfusion, il faut s'adresser à des sujets convalescents de la scarlatine, ayant dépassé le quinzième jour de la maladie, et n'ayant pas atteint le quatrième mois.

Les résultats sont difficiles à apprécier exactement : mais G. a observé une diminution de moitié dans la mortalité de la scarlatine depuis qu'il traite les cas graves par cette méthode.

R. RIVOIRE.

C. Sharkey et **W. Simpson.** ***Empoisonnement accidentel par le fluorure de sodium : huit cas, dont un mortel*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 2, 14 Janvier 1933). — Le fluorure de sodium est à la base de nombreuses poudres insecticides : ces insecticides sont vendus dans toutes les drogueries américaines, sans la moindre indication permettant de savoir qu'il s'agit d'un poison violent. De nombreux accidents ont été signalés, dus à la substitution du fluorure de sodium à des sels purgatifs, qui y ressemblent beaucoup. S. et S. en ont observé 8 cas en un mois, dont l'un fut mortel.

Il semble indispensable de connaître la haute toxicité du fluorure de sodium, qui jusqu'ici était méconnue. R. RIVOIRE.

H. Blotner. ***Observations sur l'action de l'insuline chez les sujets maigres*** (*The American Journal of the medical Association*, t. C, n° 2, 14 Janvier 1933). — L'action de l'insuline sur le tissu adipeux commence à être connue, surtout à l'étranger où la cure d'engraissement insulinique est très répandue. B. a étudié l'action de l'insuline dans 20 cas de maigreur constitutionnelle sans lésions organiques. La dose employée était de 10 unités trois fois par jour. Dès le début de la cure, l'engraissement fut notable, et celui-ci s'arrêta après six à huit semaines de cure. Après cessation du traitement, le poids gagné fut conservé dans la plupart des cas.

Il semble que l'insuline soit un tonique admirable, car tous les sujets se sentaient mieux pendant le traitement : beaucoup voulurent continuer les piqûres après avoir atteint un poids normal.

Il ne semble pas que l'augmentation de poids soit due à une rétention hydrique, car le bilan liquidien fut fait chez plusieurs sujets en cours de traitement, et se montra normal.

L'action essentielle de l'insuline semble être une stimulation de l'appétit. R. RIVOIRE.

H. Blumgart et **A. Ernstene.** ***Deux mécanismes dans la production du signe de Durozier : leur signification diagnostique et description d'un test clinique pour les distinguer*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 3, 21 Janvier 1933). — B. et E., ont recherché chez de nombreux sujets le signe de Durozier (double souffle intermittent crural), et l'ont observé chez des sujets indemnes de toute insuffisance aortique. Une étude plus approfondie leur a montré que ce signe pouvait s'observer dans deux cas très différents : dans l'insuffisance aortique, le murmure artériel diastolique est dû à un reflux sanguin vers le cœur pendant la diastole ; mais dans d'autres cas, on peut entendre un murmure diastolique dû à une augmentation du débit artériel vers la périphérie : cela s'observe dans toutes les affections s'accompagnant de vaso-dilatation périphérique (hyperthyroïdie, anémie, fièvre, etc.).

Dans le cas d'une insuffisance aortique, le murmure diastolique s'accentue considérablement en appuyant sur le bord inférieur du stéthoscope ou en immergeant le membre dans l'eau chaude.

Le murmure est accentué par pression sur le bord supérieur du stéthoscope, et il disparaît si on immerge le membre dans l'eau froide.

R. RIVOIRE.

R. Morris, L. Schiff, J. Foulger, M. Rich et **J. Sherman.** ***Le traitement de l'anémie pernicieuse : action d'une injection unique de suc gastrique concentré (Addisine)*** [*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 3, 21 Janvier 1933]. — M., S., F., R. et S. ont récemment démontré l'existence dans le suc gastrique normal d'une « hormone » hématopoiétique, en guérissant des malades atteints d'anémie pernicieuse à l'aide d'injections sous-cutanées de suc gastrique concentré. Dans ce nouveau travail, M., S., F., R. et S. étudient l'action d'une seule injection massive de suc gastrique chez les malades atteints d'anémie pernicieuse. Chez trois malades, une seule injection d'« addisine » a déterminé une « crise sanguine » considérable, avec réticulocytose durant de douze à quatorze jours, et suivie d'une augmentation rapide de l'hémoglobine. En même temps, une amélioration clinique considérable fut observée.

Il semble qu'une seule injection d'addisine tous les deux ou trois mois soit suffisante pour maintenir en bon état un malade atteint d'anémie pernicieuse. R. RIVOIRE.

C. Grulee, C. Apfelbach et **R. Lemaster.** ***Une maladie inconnue de la moelle osseuse (osséomyélodysplasie)*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 3, 21 Janvier 1933). — G., A. et L. rapportent l'observation extraordinaire d'un enfant de 7 ans, qui présenta pendant plusieurs mois une fièvre élevée et irrégulière, avec conservation parfaite de l'état général jusqu'à quelques heures avant sa mort. Cliniquement, en dehors de la fièvre, il fut impossible de dépister aucun symptôme, en dehors d'une leucopénie hypogranulocytaire, qui à plusieurs reprises descendit au chiffre extrême de 800, avec disparition presque totale des granulocytes. Même dans ces crises d'agranulocytose, l'état général restait excellent, sauf en une occasion où apparurent des ulcérations buccales.

La mort survint brusquement, et l'autopsie révéla une prolifération considérable de la moelle osseuse, avec disparition presque totale de l'écorce des os, mais pas de prolifération des autres tissus myéloïdes (rate, foie, ganglions). Cette hyperplasie myéloïde était cellulairement normale, sans présence de cellules atypiques. L'impression générale était celle d'une rétention osseuse des éléments myéloïdes, plutôt qu'une réaction de défense contre une hyperdestruction réticulo-endothéliale.

Il semble impossible de placer cette affection dans aucun cadre connu. R. RIVOIRE.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

L. Parsons et **M. Ekola-Strolberg.** ***L'anémie dans l'azotémie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 2, Février 1933). — Aubertin et Zacoël ont déjà signalé que l'anémie, si fréquente dans les néphrites azotémiques, est généralement progressive et parallèle à l'azotémie. P. et E., eux aussi, après avoir analysé les cas publiés par divers auteurs et leurs observations personnelles, concluent que l'anémie accompagne de façon presque constante l'azotémie, quelle que soit la base anatomo-pathologique de l'insuffisance rénale.

Cette anémie, qui ne relève pas d'un état de dilution du sang, semble due à la diminution d'activité des tissus hématopoïétiques, et non à une destruction sanguine excessive. Il est encore impossible de préciser le facteur étiologique produisant l'anémie, et en particulier de dire, parmi les substances retenues par le rein insuffisant, celle ou celles qui peuvent jouer un rôle à cet égard. Quoi qu'il en soit, le parallélisme entre l'anémie et l'azotémie est tel qu'un taux d'hémoglobine de 50 pour 100 possède, en fait, la même signification qu'un chiffre de 0 gr. 05 de créatinine par litre de sang. P.-L. MARIE.

GLASGOW MEDICAL JOURNAL

Alex. H. Imrie. ***L'antitoxine dans le traitement de la scarlatine spécialement pour prévenir les complications*** (*Glasgow Medical Journal*, t. I, n° 2, Février 1933). — Sur 1616 cas de scarlatine admis à l'hôpital du Belvédère d'Octobre

1931 à Octobre 1932, 294 ont été traités par l'injection intra-musculaire ou intraveineuse à l'admission de 10 à 20 cmc de sérum antiscarlatineux. Parmi les cas traités 28 pour 100 étaient légers, 57 pour 100 moyens et 15 pour 100 graves. Les 1.322 sujets non soumis à ce traitement comprenaient des formes légères dans 42 pour 100 des cas, moyennes dans 53 pour 100 des cas et graves dans 5 pour 100 des cas.

Le sérum précocement injecté réduit la durée de l'éruption et de la fièvre et souvent produit une fine desquamation localisée. Il n'a pas d'effet sur les scarlatines toxiques bien établies.

Si la sérothérapie est faite avant le quatrième jour de la maladie, de préférence le premier ou le second jour, elle prévient les complications. Sur 176 cas traités avant le quatrième jour, on a observé 6,3 pour 100 d'otites suppurées, 4,6 pour 100 d'adénites cervicales, 1,1 pour 100 d'arthrite, 4 pour 100 de néphrite; sur 118 observations où la sérothérapie a été faite après le quatrème jour, on trouve des otites suppurées dans 13,6 pour 100 des cas, des adénites cervicales dans 7,6 pour 100, des arthrites dans 2,6 pour 100 et des néphrites dans 12,7 pour 100.

Les injections intraveineuses semblent diminuer l'apparition des complications, plus que les injections intra-musculaires; mais elles sont difficiles chez les jeunes enfants, peuvent être dangereuses et sont contre-indiquées chez les sujets qui ont eu déjà du sérum ou qui semblent sensibilisés au sérum.

6 cas d'endocardites survenus au cours de ces scarlatines sont tous apparus chez des sujets qui n'avaient pas été soumis à la sérothérapie et qui avaient des antécédents rhumatisants.

Robert Clément.

BUDAPESTI ORVOSI UJSAG *(Budapest)*

A. Halasz. ***Moyen simple pour prévenir la grippe et le coryza*** (*Budapesti Orvosi Ujsag*, n° 11, 16 Mars 1933). — L'action préventive de l'iode contre la grippe est connue depuis longtemps, mais son emploi était oublié.

Fink en 1920 a publié une série de travaux où il a parlé de l'action de l'iode comme une chose nouvelle. Fink a recommandé de prendre V gouttes pour les enfants, X gouttes pour les adultes pendant huit à dix jours de la préparation suivante:

Iode pure	1 gr.
Iodure de potassium	10 gr.
Eau distillée q. s. p.	1 litre

Préparation qui est en réalité une solution de lugol.

Il donne le médicament pendant tout l'hiver aux sujets particulièrement sensibles à l'infection; en outre pour les individus qui se croient infectés il conseille de prendre VIII gouttes par jour.

Bier confirme l'action préventive de l'iode dans ces infections. Il mentionne que les médecins américains soignent les grippés par l'iodure de potassium.

D'après H., l'action de l'iode est incontestable mais à la longue peut donner des accidents d'iodisme. Pour l'éviter, il fait désinfecter la bouche par l'eau iodée (1 goutte de teinture d'iode pour un verre d'eau). Ensuite il faut mettre 50 gr. de teinture d'iode dans un flacon de 150 gr., le secouer fortement et faire inhaler les vapeurs d'iode ainsi dégagées successivement par chacune des narines.

Si le sujet est déjà malade il fait mettre dans les 2 narines un peu de coton trempé dans la teinture d'iode, légèrement séché, et entouré d'une couche de coton pur. Ainsi le tampon de coton ne contient de l'iode qu'à son intérieur et le dégagement iodé est minime mais suffisant pour désinfecter le rhino-pharynx. On exclut ainsi la possibilité d'accidents iodés.

On peut enfin renforcer la prévention de la grippe en prenant 0 gr. 25 de quinine par jour.

Vitanyi-Ladislas.

Pall. ***Sur la prolongation de l'accouchement par suite de résistance anormale des parties molles*** (*Budapesti Orsovi Ujsag*, n° 11, 16 Mars 1933). — A côté des bassins viciés, la résistance anormale des parties molles peut retarder considérablement l'accouchement et augmenter aussi la mortalité maternelle et infantile.

Seitz a depuis 1910 attiré l'attention sur ce facteur. On l'observe surtout chez les primipares âgées. La rigidité peut siéger au niveau du col en empêchant la dilatation et l'effacement, soit au niveau de la région périnéo-vaginale en retardant le dégagement. Cependant, dans la plupart des cas, la rigidité envahit simultanément toutes les parties molles.

Parmi les complications les plus fréquentes qui résultent de cette résistance anormale des parties molles, on peut citer: la rupture prématurée des membranes, ce qui à son tour prédispose à l'inertie, aux hémorragies, à l'infection et à la procidence du cordon.

Quelle est la conduite à tenir dans des cas semblables? Certains accoucheurs avec Guggisberg et Winter conseillent d'attendre le plus longtemps possible, l'accouchement finissant par se faire spontanément, ou après administration de certains médicaments (quinine, hypophyse). Ils n'interviennent artificiellement, avant la dilatation spontanée, que s'ils observent des symptômes qui menacent la vie de l'enfant ou de la mère.

D'autres accoucheurs, surtout Potter, Aschner et Ostreil, sont partisans de l'intervention précoce.

Ces auteurs, si la dilatation ne se fait pas dans un délai normal, font la dilatation digitale du col; Aschner administre après la dilatation artificielle la rétropituitrine et attend l'accouchement qui se fait rapidement. Potter, ayant fait la dilatation, lubrifie les voies génitales avec une solution savonneuse et termine l'accouchement artificiellement par la version ou en retirant l'enfant par la tête.

Mais les bons résultats de ces auteurs exigent une grande compétence gynécologique et une excellente installation.

Baisch est moins interventionniste. Il facilite la dilatation — si elle ne se fait pas — par l'emploi de ballon dilatateur. Il n'intervient par accouchement artificiel que s'il y a rupture prématurée des membranes chez les femmes primipares âgées où la dilatation ne se fait pas et il y a danger d'inertie.

Balard et Mahon facilitent l'accouchement quand il y a rigidité des parties molles, en faisant la rachianesthésie.

D'après P., dans les accouchements prolongés, pour choisir le traitement il faut considérer: l'intensité des douleurs, le temps écoulé depuis la rupture des membranes, le degré de dilatation, enfin l'état de la mère et de l'enfant.

Quand le travail dure depuis longtemps sans progresser il faut discuter l'opportunité de l'intervention artificielle.

Pour les médecins praticiens dans la période de dilatation, on peut essayer le traitement médicamenteux; dans la période de dégagement on peut appliquer le forceps, épisiotomie, et l'expression soit isolément soit en combinant ces méthodes.

Pour les femmes âgées primipares, il faut conseiller systématiquement l'accouchement dans un hôpital ou une clinique.

Vitanyi-Ladislas.

ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA *(Naples)*

Benedetti-Valentini (Rome). ***Pentastomiase splénique*** (*Annali Italiani di Chirurgia*, t. XI, n° 10, 31 Octobre 1932). — L'intérêt de l'observation vient de la rareté de l'infestation parasitaire observée, paraissant limitée à la rate et due au *pentastomum denticulatum*, larve de la *linguatula rhinaria canis* (Pilcer, Raillet) ou *linguatula serrata* de Brumpt.

La malade, âgée de 16 ans, a été opérée d'appendicite pour des douleurs abdominales dont la persistance motive une nouvelle admission à l'hôpital. Elle ne présente pas d'autres signes que ceux donnés par une rate qui déborde un peu le rebord des côtes sur la ligne axillaire, et remonte jusqu'à la septième. L'examen du sang indique seulement un peu d'anémie et il ne sera pas modifié par la splénectomie qui est décidée, en raison du diagnostic de tuberculose de la rate que rendaient vraisemblable quelques antécédents familiaux et personnels et l'état de dénutrition actuel. La radiographie donne l'image curieuse d'une ombre sous-diaphragmatique gauche constituée par une agglomération de petites ombres circulaires dont le diamètre va du grain de mil à la cerise.

L'opération, le 10 Septembre 1931, permet l'ablation facile de la rate, ne laisse voir aucune autre lésion, mais seulement l'existence d'une petite rate accessoire dans le ligament gastro-splénique où elle est laissée, étant saine. Guérison rapide.

La rate enlevée pèse 183 gr. et a 12 cm de longueur, 7,5 cm. de largeur et 3 cm. d'épaisseur. Elle était libre sans aucune adhérence, avec un léger épaississement de sa capsule qui laisse voir par transparence de nombreux nodules globuleux blancs. La coupe est rendue difficile par la présence de ces mêmes nodules profonds, calcifiés. L'examen histologique montre que les nodules sont entourés d'une gaine conjonctive et constitués d'une couche de substance probablement chitineuse contenant le résidu amorphe ou cristallin, en grande partie calcifié, d'un parasite que le parasitologue Alessandrini et l'histologiste Dionisi identifient sous le nom de *pentastomum denticulatum*, larve de la *linguatula rhinaria* dont l'étude parasitologique termine le mémoire.

P. Grisel.

M. Cilento (Naples). ***Contribution anatomo-pathologique à l'étude des tumeurs mixtes du cordon spermatique*** (*Annali Italiani di Chirurgia*, t. XI, n° 10, 31 Octobre 1932). — Le malade, âgé de 20 ans, présente depuis l'âge de 6 ans une tumeur indolore qui alors était molle et se réduisait dans le canal inguinal dans la position horizontale, tandis qu'actuellement elle est dure, a le volume d'un petit œuf et ne peut plus être réduite. Cette tumeur est élastique, lisse, distincte du testicule, adhérente aux éléments du cordon. Ablation facile par libération des adhérences purement conjonctives qui la relient au cordon.

A la coupe, la tumeur est constituée par une coque blanchâtre, épaisse de 3 mm., poussant à l'intérieur des prolongements qui subdivisent le tissu plus sombre qui forme le centre de la tumeur.

L'examen montre que la couche corticale est constituée par du tissu fibreux avec calcification, quelques rares cellules cartilagineuses sans noyaux d'ossification; que la partie centrale est formée de capillaires et de lacunes, nécrosés par places, et présentant le caractère de vaisseaux embryonnaires. La tumeur angiomateuse centrale est d'origine mésodermique, tandis que son enveloppe conjonctive est de formation secondaire, locale.

P. Grisel.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

G. Roussy et **M. Mosinger.** ***Le tuber cinereum et son rôle dans les principales fonctions du métabolisme. Métabolisme de l'eau, des glucides et des lipides*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIII, n° 3, Mars 1933). — G. et M. formulent dans cet important mémoire les conclusions suivantes: il apparaît que la plupart des métabolismes particuliers, comme ceux de l'eau, des graisses, des sucres et d'autres encore, sont sous la dépendance de centres du *tuber cinereum*.

Ces faits ont élargi considérablement le domaine des centres nerveux végétatifs et le problème des centres en général. Les fonctions végétatives ne sont plus limitées à la colonne grise nucléaire du plancher du 4e ventricule; les noyaux bulbaires ont, en effet, leur fonction contrôlée par des centres plus haut situés et disposés tout le long de la région hypothalamique.

Ainsi, la région infundibulo-tubérienne peut être considérée comme une formation nerveuse extrêmement complexe comprenant des centres multiples, dont l'étude anatomo-physiologique est loin d'être terminée.

Ces centres tiennent sous leur dépendance, non seulement les différentes fonctions métaboliques, mais ils interviennent encore dans les fonctions végétatives, telles que la vaso-motricité artérielle et capillaire, dont dépend, en dernière analyse, tout le travail des échanges. Ils tiennent aussi sous leur dépendance la fonction hypnique, qu'avec Lhermitte et Tournay, von Economo, Leschke et Hess, on doit placer au niveau du tuber cinereum.

Sans doute, les connexions qui relient l'hypothalamus aux corps opto-striés et au cortex cérébral restent encore très obscures; et c'est à peine si l'on connaît quelques faisceaux reliant entre elles ces différentes parties du cerveau.

Mais, malgré la complexité des problèmes à résoudre, il semble, d'ores et déjà, possible d'admettre que l'hypothalamus, en tant qu'*archaeothalamus*, peut être considéré comme le véritable centre régulateur des métabolismes généraux et spéciaux, les centres du *néo-thalamus* et les centres corticaux du *néo-pallium* dans l'ordre phylogénétique jouant uniquement le rôle de centres associatifs.

Au tronc cérébral primitif se superposent ainsi les hémisphères cérébraux.

Et l'on en arrive à penser avec Leschke que les centres du métaboli me peuvent être considérés comme le siège de ces tendances primordiales que sont la soif et la faim, de même que, pour le centre génital, ils seraient le siège de l'appétit sexuel, ou encore, pour le centre moteur extra-pyramidal, celui de l'instinct de l'activité.

Dès 1913, Camus et Roussy avaient émis l'idée que le tuber cinereum constitue un véritable centre psycho-affectif. Les belles expériences de Cannon qui, sur le chien décérébré et après excitation périphérique, obtient d'importantes manifestations émotives (shamrage), viennent à l'appui de cette thèse.

Ainsi, l'hypothalamus apparaît comme l'élément régulateur de l'être instinctif. Ses fonctions, associées à celles du thalamus et à celles des glandes endocrines, doivent sans doute jouer, sous le contrôle du cortex, un rôle prépondérant dans la vie végétative de l'être.

Il s'agit là d'un domaine encore peu exploré et qui réserve sans doute aux chercheurs de nouvelles découvertes.

L. Rivet.

Remy Collin. ***Existe-t-il des preuves expérimentales de la neurocrinie hypophysaire*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIII, n° 3, Mars 1933). C. étudie d'abord les voies d'excrétion de la glande pituitaire et la neurocrinie : hormones hypophysaires et colloïde, voies d'excrétion de la colloïde, importance relative des divers modes d'excrétion de la colloïde.

Puis, il envisage la neurocrinie au point de vue physiologique. A l'heure actuelle, l'existence de la neurocrinie comme processus physiologique peut être étayée par deux ordres de preuves: preuves indirectes, comme l'action des extraits hypophysaires sur les syndromes tubériens, sur le diabète insipide; preuves directes, consistant dans la mise en évidence des hormones hypophysaires dans le tuber cinereum.

Il expose ensuite les données actuelles sur les mécanismes végétatifs du diencépale: les centres végétatifs du diencéphale au point de vue physiologique, les localisations des centres végétatifs dans le diencéphale, le schéma de Greving, l'innervation sensitive locale de l'hypophyse. Il envisage enfin la signification possible de la neurocrinie physiologique, étudiant séparément la neurocrinie et l'hémoneurocrinie restreintes au noyau supraoptique et la neurocrinie généralisée à l'ensemble des noyaux diencéphaliques. Il résume, à côté des faits expérimentaux, un certain nombre de faits anatomo-pathologiques, tels que le cas de méningite basilaire syphilitique intéressant le tuber de Lhermitte, le cas de Babonneix, Hutinel et Azerad, un cas de diabète insipide de Kiyono, celui d'Orlandi. D'après ces faits, il semble établi que le diabète insipide par lésion tubérienne comporte souvent, sinon toujours, une altération concomitante de la tige hypophysaire, mais que, en même temps, l'examen histologique peut ne pas révéler d'altération de la glande pituitaire elle-même. La coexistence d'une glande pituitaire histologiquement intacte et d'un tuber lésé ne saurait donc constituer un argument défavorable à la notion de neurocrinie. Et C. propose une représentation provisoire du mécanisme nerveux régulateur de l'eau, avec déduction pour le traitement symptomatique du diabète insipide d'origine tubérienne. Le problème des hormones hypophysaires comporte bien des hypothèses: la partie fondamentale de ce problème concerne les corrélations neuro-hormonales, et il importe de faire entrer dans la même synthèse toutes les données vraiment acquises, qu'elles soient humorales ou nerveuses.

L. Rivet.

J. Lhermitte. ***La syphilis diencéphalique et les syndromes végétatifs qu'elle conditionne. Etude clinique*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIII, n° 3, Mars 1933). — L. décrit successivement les manifestations de la syphilis acquise, les syndromes infundibulo-tubériens dissociés (évolution du diabète insipide syphilitique, le syndrome de K. Mendel, le diabète insipide associé à la glycosurie et aux troubles du métabolisme du sel, l'association de diabète insipide et d'obésité), les hypersomnies, les processus syphilitiques héréditaires.

Le processus syphilitique en action sur la région mésodiencéphalique peut en effet engendrer une série de manifestations qui s'étagent depuis la polyurie du diabète insipide jusqu'aux perturbations somatiques frappantes du syndrome adiposogénital. Pratiquement, tout syndrome mésodiencéphalique qui ne fait pas sa preuve et dont on ne trouve pas l'origine dans une tumeur, une encéphalite ou tel processus défini, doit être suspecté de spécificité. Dans toutes les observations anatomo-cliniques de syndrome infundibulo-tubérien syphilitique, jamais la glande hypophysaire n'est prise isolément, quand elle est prise, alors que très souvent la région infundibulo-tubérienne est affectée d'encéphalite syphilitique, tandis que l'hypophyse est parfaitement intacte. L. n'en conclut nullement que l'hypophyse ne joue aucun rôle dans la production des symptômes: localiser une lésion est tout autre chose que localiser une fonction.

La glande hypophysaire peut subir le contrecoup d'une atteinte infundibulo-tubérienne et ses perturbations fonctionnelles n'être pas négligeables dans le déterminisme de tel ou tel symptôme, mais la lésion primitive n'est pas glandulaire, elle est nerveuse; et cette notion est importante pour le clinicien comme pour le thérapeute, puisque c'est cette localisation et la nature du processus qui doivent à la fois guider la médication et la main du chirurgien.

L. Rivet.

Hermann Zondek (Berlin). ***Rapports du système hypophyso-diencéphalique avec l'œil*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIII, n° 3, Mars 1933). — Les expansions latérales des vésicules cérébrales antérieures primitives s'épanouissent en vésicules oculaires: celles-ci restent en relation avec la partie de la vésicule cérébrale primitive qui deviendra le diencéphale par la tige visuelle qui deviendra plus tard le nerf optique. Le fait de cette connexion embryologique a incité Z. à rechercher dans quelles mesures ces connexions pourraient aussi se traduire par des manifestations cliniques.

C'est ainsi qu'il a pu montrer que, dans des affections dégénératives oculaires, en particulier dans la rétinite pigmentaire (comme dans les 4 cas qu'il relate), l'affection oculaire s'associait à des troubles d'origine diencéphalique. Ceux-ci se sont révélés, soit cliniquement sous forme d'adiposité hypophyso-cérébrale (non sous l'aspect de la dystrophie adiposo-génitale), soit à un examen plus approfondi du métabolisme, par divers troubles de ses composantes variées.

Il faut donc admettre que, dans certains cas de processus dégénératif, les lésions peuvent s'étendre de proche en proche à tout le territoire qui va de la paroi et du plancher du 3e ventricule vers le nerf optique jusqu'à l'œil, en particulier à la portion rétinienne de celui-ci.

On ne peut pas dire actuellement dans quelle mesure l'hypophyse, en ce qui concerne sa portion infundibulaire, participe à ces affections.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

Pr. Merklen, J. Kabaker et **J. Warter** (Strasbourg). ***Contribution à l'étude de la sécrétion du suc gastrique sous l'influence de l'histamine et de l'acétylcholine. Intérêt de cette éude dans certains cas pathologiques*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XXIII, n° 3, Mars 1933). — M., K. et W. comparent entre elles l'action de l'histamine et celle de l'acétylcholine sur la sécrétion du suc gastrique et son pouvoir digestif. Leurs recherches ont porté sur 38 malades, dont les uns étaient indemnes de tout trouble digestif, alors que les autres souffraient d'affections gastriques variées (dyspepsies simples, ulcères, cancers, achylies liées à une anémie biermérienne).

Dans la majorité des cas, sauf dans les hyper-

chlorhydries dépassant le chiffre de 2 pour 1.000 et les ulcères gastro-duodénaux, ils ont obtenu des résultats analogues avec les deux substances. Cependant, en général, l'histamine a donné des chiffres d'acidité plus élevés que l'acétylcholine.

La divergence de leurs actions apparaît dans les ulcères et les hyperchlorhydries supérieures à 2 pour 1.000: tandis que le plus souvent l'histamine augmente encore davantage le taux de l'acidité, l'acétylcholine produit un résultat inverse, en diminuant la quantité d'acide chlorhydrique.

M., K. et W. envisagent ensuite l'action comparée de l'histamine et celle de l'acétylcholine dans la digestion de l'ovalbumine *in vitro* (tubes de Mett).

Ils terminent en insistant sur le fait que l'acétylcholine diminue l'acidité dans les fortes hyperchlorhydries, alors qu'elle l'augmente dans les hypochlorhydries, ce qui pourrait autoriser à attribuer à cette substance un rôle régulateur sur la sécrétion gastrique.

L. Rivet.

I. Pavel et **St. M. Milcou** (Bucarest). ***L'action de l'insuline sur l'intestin*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XXIII, n° 3, Mars 1933). — P. et M. ont remarqué que l'emploi de l'insuline, en dehors du diabète, dans certaines cures d'engraissement, augmentait la fréquence des selles et supprimait la constipation. Quigley et Solomon, d'autre part, ont constaté expérimentalement que l'insuline augmente la motilité de l'intestin et ils ont affirmé que l'intégrité des nerfs vagues était indispensable pour obtenir cette action.

P. et M. ont appris ces recherches expérimentales sur l'intestin de cobaye *in vitro*, dans la solution de Ringer; après avoir enregistré les contractions, on y ajoutait de l'insuline et reprenait l'enregistrement graphique.

De ces expériences, il ressort que l'insuline augmente *in vitro* la contractilité intestinale dans la majorité des cas, ce qui corrobore l'observation clinique. Cette action n'est pas liée à l'intégrité des nerfs vagues puisqu'elle persiste *in vitro*. L'insuline agit donc sur l'intestin en excitant les terminaisons parasympathiques périphériques. Si elle a une action centrale sur les noyaux du pneumogastrique, cette action n'est pas exclusive. Enfin, l'insuline et l'atropine exercent des effets antagonistes sur l'intestin.

Cette action de l'insuline peut, dans la colite muco-membraneuse, améliorer l'état d'amaigrissement et en même temps régulariser le tonus et la contractilité intestinale. Mais, en raison de son effet antagoniste, il faut renoncer à l'administration de la belladone pendant la cure insulinique chez ces malades.

L. Rivet.

Raoul Bensaude, André Cain et **Albert Poirier.** ***Les fibromes, fibro-myomes et myomes du rectum*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XXIII, n° 4, Avril 1933). — Ces tumeurs peuvent être intracavitaires, interstitielles ou se développer en dehors du rectum. B., C. et P. ont réuni 15 observations de la première variété, 5 de la seconde et 14 de la troisième.

Ils limitent ce très important travail aux seules néoformations intra-cavitaires, qui relèvent plus immédiatement de la proctologie médicale, tant pour le diagnostic que pour le traitement. Ils relatent d'abord leurs 5 observations personnelles, puis résument les 10 autres qu'ils ont recueillies et retenues dans la littérature médicale. C'est donc un total de 15 observations qui sert de base à cette étude.

L'affection est des deux sexes et a été surtout signalée entre 30 et 50 ans. Elle est certainement longtemps latente avant de donner lieu à des signes cliniques, qui sont surtout d'ordre mécanique. La procidence est très fréquente, se produisant parfois au moment d'un accouchement, et surtout à l'occasion de la défécation; la tumeur sort et rentre avec une égale brusquerie, ces migrations étant souvent douloureuses. Il en résulte des troubles marqués pour la défécation, et fréquemment de la constipation plus ou moins rebelle. Des douleurs peuvent se prolonger plus ou moins longtemps après les garde-robes. Les hémorragies sont très fréquentes.

L'examen local, le toucher rectal, la rectoscopie permettent le diagnostic. On n'a pas signalé de cas de dégénérescence cancéreuse de la tumeur.

Anatomiquement, il s'agit de tumeurs régulières, à peu près sphériques, parfois légèrement lobulées, de dimensions très variables, jusqu'à peser 350 gr. dans un cas de Péraire. Histologiquement, on peut décrire des fibromes purs et des fibro-myomes.

B., C. et P. précisent les éléments du diagnostic différentiel, qui est facile avec le cancer du rectum, les tumeurs villeuses, l'adénome isolé du rectum, les papillites, les polypes sus-hémorroïdaires, qui sont insérés à la surface d'hémorroïdes internes, avec les neurinomes de la maladie de Recklinghausen qui accompagnent une neuro-fibromatose généralisée. Le diagnostic est plus délicat avec de volumineuses néoformations constituées au cours de certaines rectites, avec le sarcome du rectum, le leiomyosarcome, et enfin le lipome du rectum. L'examen histologique peut être nécessaire.

Le traitement est très simple et consiste dans l'extirpation de la tumeur par section du pédicule après extériorisation, sous anesthésie locale à la novocaïne.

L. Rivet.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

Wladimir Mikulowski (Varsovie). ***De la maladie du sérum spontanée*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 3, Mars 1933). — Chez un enfant de 3 ans, atteint de péritonite tuberculeuse, W. M. a observé, en rapport avec la régression de l'épanchement péritonéal, un œdème fugace et douloureux de plusieurs articulations, une éruption hémorragique et une urticaire accompagnée de leucopénie, d'hypotonie et d'oligurie.

Chez un autre enfant de 8 ans, présentant une réaction inflammatoire polysérеuse d'origine tuberculeuse, W. M. a observé, en rapport avec la résorption du liquide d'épanchement, une urticaire généralisée en même temps que des douleurs articulaires au niveau du cou et des membres supérieurs.

Ces observations soulèvent la question des atteintes articulaires protéiniques posée par F. Bezançon et M. P.-Weill ainsi que la question de la *maladie du sérum « spontanée »*, c'est-à-dire due à la résorption d'une albumine propre et non d'une albumine étrangère.

G. Schreiber.

GYNÉCOLOGIE et OBSTÉTRIQUE (Paris)

M. Reeb et **Léon Israël.** ***L'accouchement après régime déchloruré*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. XXVII, n° 3, Mars 1933). — L'école obstétricale de Strasbourg, dans des publications déjà nombreuses depuis deux ans, a montré que le régime sans sel accélère l'accouchement et le rend moins douloureux. Le professeur Reeb, dans cet article, résume les principaux aspects de ce fait et se propose de l'expliquer. Il rapporte un certain nombre d'observations de primipares et de multipares qui ont été mises au régime déchloruré et dont la dilatation a été rapide et, quelquefois, ultra-rapide (moins de sept heures, deux heures parfois). Beaucoup de femmes arrivent à la dilatation de cinq francs sans avoir souffert: donc, les contractions ont été rendues indolores. Les douleurs lombaires, qui sont tenues pour symptômes d'un spasme utérin, sont rares, ainsi que les douleurs trop rapprochées et les douleurs trop longues. De même, la rupture de la poche des eaux est tardive, ce qui est en rapport avec une moindre tendance au spasme.

Le régime comporte la suppression du sel, du lait, de la viande, des œufs et du pain ordinaire pendant les deux derniers mois de la grossesse.

La méthode comporte de rares insuccès.

Il n'existe pas de modification du taux du chlore plasmatique dans la grossesse normale. Les auteurs croient pouvoir en conclure qu'il n'y a pas de rétention chlorurée dans la grossesse. Pourtant, ils citent des chiffres d'Ambard, montrant l'augmentation du chlore globulaire, et avouent qu'il serait utile de chercher dans cette voie. Dans la grossesse avec régime sans sel, il n'y a pas davantage de modifications du chlore plasmatique.

Conclusion: ce ne sont pas les variations du chlore plasmatique qui influent sur la marche de l'accouchement.

Pour comprendre l'action sur la douleur, Reeb s'est alors demandé si le régime sans sel ne déterminait pas une moindre excitabilité du système nerveux. 1° Il a essayé de trouver une confirmation à cette hypothèse en étudiant l'excitabilité galvanique. Seitz, en 1913, a affirmé que la femme enceinte était hyperexcitable: 0,9 m A pour avoir une réponse (dans des conditions données) au lieu de 2 (ce qui serait lié à l'alcalose gravidique: cette alcalose chasserait Ca vers les tissus et libérerait K lequel conditionnerait l'hyperexcitabilité). R. a commencé par contrôler ceci chez des femmes non soumises au régime et n'a pas vérifié cette hyperexcitabilité: 15 cas d'excitabilité normale, 3 hyperexcitabilité légère, 1 hyperexcitabilité nette et 1 hypoexcitabilité. Par ailleurs, le régime sans sel n'a aucun effet sur l'excitabilité.

2° R. rappelle d'après Cohen que le système nerveux est hyperexcitable chez la femme enceinte par diminution du Ca, rétention consécutive de NaCl et augmentation des globulines, le tout déterminant une hydratation de l'encéphale. Il déduit de cette conception une confirmation de l'utilité du régime sans sel.

Pour comprendre l'action sur la durée de l'accouchement, R. pense que le régime sans sel empêche une trop forte hydratation gravidique des tissus et, en particulier, du muscle utérin.

Henri Vignes.

LYON MÉDICAL

G. Mouriquand. ***Les syndromes d'inassimilation*** (*Lyon Médical*, t. CLI, n° 10, 5 Mars 1933). — Les syndromes d'inassimilation existent chez l'adulte, mais les processus de croissance impriment à ceux de l'enfant une netteté et une autonomie particulières.

Les syndromes d'*inassimilation générale* peuvent être ramenés à 2 types: *celui du premier âge et l'athrepsie*, qui apparaît comme le syndrome d'inassimilation type. A un athrepsique pur (sans troubles digestifs, sans infection) tel qu'il s'observe à la suite de l'hypo-alimentation déséquilibrée, une alimentation offerte en quantité et en qualité suffisante « ne profite plus » comme si son fonctionnement cellulaire était éteint. *Au cours de la deuxième enfance*, on observe parfois une courbe pondérale stagnante ou fléchissante depuis des mois ou des années. L'examen le plus attentif ne révèle aucune maladie, aucun trouble digestif, aucune hypo-alimentation. Ces enfants sont des petits hépati-

ques et quelquefois des hérédo-syphilitiques; la plupart sont des inadaptés urbains et sont améliorés par un séjour au grand air.

Les syndromes d'*inassimilation spéciale* portent sur tel ou tel aliment, les hydrates de carbone dans le diabète, les graisses ou les protéiques chez certains amaigris; chez le nourrisson, l'inassimilation calcique produit le rachitisme floride. L'étude expérimentale a montré que l'inassimilation du calcium est étroitement liée à 3 facteurs: carence phosphorée partielle, carence solaire, croissance.

Plus on étudie les syndromes d'inassimilation, surtout pendant la période de croissance qui les exagère, plus on se rend compte de leur importance dans les dystrophies.

ROBERT CLÉMENT.

LE NOURRISSON (Paris)

A. B. Marfan. ***La diarrhée prandiale des enfants au sein*** (*Le Nourrisson*, 21e année, n° 2, Mars 1933). — Parmi les diverses formes de diarrhée dont peut souffrir l'enfant au sein, la plus fréquente a pour principal caractère une émission de selles liquides ou demi-liquides, *pendant la tétée ou presque aussitôt après*, d'où son nom de « prandiale » (de *prandium*, repas).

Cette diarrhée s'observe surtout dans les trois premiers mois; passé le quatrième elle devient rare. Les selles sont muco-grumeleuses ou liquides, gardant par ailleurs l'odeur et la réaction des selles normales. Aucune constatation ne permet de rattacher cette diarrhée à une infection primitive de l'intestin.

A la diarrhée, symptôme essentiel, se joignent d'autres troubles moins importants: éructations, régurgitations, irritabilité. La température reste normale et si elle atteint ou dépasse 38°, c'est qu'il existe une autre affection concomitante.

L'*évolution* de la diarrhée prandiale est longue, mais son pronostic est constamment favorable. Toutefois lorsqu'elle revêt une forme intense avec persistance de selles abondantes et liquides, la croissance s'arrête.

La diarrhée prandiale est presque particulière aux enfants nourris exclusivement au sein. Les uns ont cette diarrhée avec tous les laits de femme, les autres avec certains laits de femme seulement et parmi les laits mal tolérés se trouve presque toujours celui de la mère.

Le lait considéré comme nocif pour l'enfant atteint de diarrhée prandiale peut être pris par un autre sans provoquer aucun trouble. On peut en conclure que cette diarrhée n'est pas due à la mauvaise qualité du lait ingéré, mais que les enfants qui en sont atteints présentent une intolérance spéciale soit pour tous les laits de femme, soit pour certains seulement. Cette intolérance peut être considérée comme liée à un état de *dysergie* ou *d'allergie*, mais la nature anaphylactique de la diarrhée prandiale prête encore à discussion.

Au point de vue du *traitement*, il convient avant tout de ne pas supprimer l'allaitement au sein, surtout si c'est la mère qui nourrit son enfant.

Dans *les formes légères* on pourra donner 4 à 5 fois par jour, un quart d'heure avant un repas, une cuillerée à café de la potion: teinture de belladone (XX gouttes), sous-nitrate de bismuth (2 gr.), julep gommeux (90 cmc). On peut aussi employer un mélange de deux tiers d'eau de chaux et d'un tiers de sirop de sucre. Enfin les lavements journaliers avec de la décoction tiède de racines de guimauve sont recommandables et il est bon de les additionner d'une demi-cuillerée à café de bicarbonate de soude.

Dans *les formes intenses* ou *prolongées*, malgré le traitement, on peut être amené à instituer transitoirement un allaitement mixte discret et surveillé, en utilisant du babeurre peu ou pas sucré, du lait sec, du lait concentré non sucré, ou même du bon lait de vache frais dilué convenablement et non sucré.

Quelle que soit la forme de la diarrhée prandiale, la diète hydrique est inutile et les purgatifs sont nuisibles: ils aggravent presque toujours la diarrhée.

G. SCHREIBER.

G. Blechmann. ***Sur les transformations subies depuis quelques années dans la préparation du lait concentré*** (*Le Nourrisson*, 21e année, n° 2, Mars 1933). — L'emploi du lait concentré s'est extrêmement étendu en ces dernières années et d'aliment d'exception, ce lait est devenu un aliment usuel. Les pédiatres en ont recommandé l'usage parce qu'ils ont pu constater qu'il fournissait de très bons résultats comme produit diététique du premier âge mais B. attire l'attention sur les variations que le lait concentré a subies au point de vue de sa teneur en beurre.

Pendant de nombreuses années la plupart des laits condensés sucrés du commerce étaient préparés avec du lait auquel on avait soustrait à peu près la moitié de son beurre et c'est à ce fait qu'on pourrait attribuer sa digestibilité facile. Depuis quelque temps la grande majorité des laits condensés vendus en France ne sont pas écrémés, mais préparés avec la totalité de la matière grasse, et B. attribue à ce fait certains troubles qui semblent se produire avec une fréquence croissante chez les enfants nourris au lait condensé.

En matière de conclusion, B. regrette qu'on ait modifié la préparation du lait concentré et il émet le vœu que les fabricants mettent de nouveau à la disposition des pédiatres un lait concentré partiellement écrémé.

G. SCHREIBER.

REVUE DE LARYNGOLOGIE OTOLOGIE, RHINOLOGIE (Bordeaux)

Louis Ducuing. ***La curiethérapie des cancers de l'œsophage. Technique. Résultats*** (*Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie*, n° 4, Avril 1933). — Les rapports étroits que présente l'œsophage avec les organes voisins et sa situation profonde constituent une des principales difficultés de sa thérapeutique. De plus, de l'existence d'une radio-sensibilité toute particulière des cellules normales de l'épithélium œsophagien qui est à peu près égale à celle des cellules cancéreuses âgées contenues au sein de la tumeur, résulte la possibilité de léser gravement les tissus voisins du cancer si l'on veut distribuer sur celui-ci une dose cancéricide.

Cependant, la curiethérapie offre des avantages incontestables sur les autres moyens thérapeutiques employés jusqu'ici, en particulier sur la chirurgie dont les résultats sont particulièrement décevants. Elle est préférée à la rœntgenthérapie parce que celle-ci ne présente pas, vis-à-vis de la cellule cancéreuse, l'électivité que possèdent les rayons gamma. Cette électivité est à prendre en considération lorsque l'on connaît le faible écart de sensibilité des cellules cancéreuses et des cellules normales de l'épithélium œsophagien.

Les applications de radium peuvent se faire par endocuriethérapie, par curiethérapie transcutanée ou par télécuriethérapie.

L'*endocuriethérapie* a l'avantage de permettre une irradiation de la tumeur sans interposition de tissu sain. Mais elle ne peut évidemment s'appliquer qu'à des tumeurs de dimensions restreintes, laissant la lumière œsophagienne perméable. Elle est contre-indiquée lorsqu'il existe un envahissement péri-œsophagien important, de la médiastinite ou lorsque le malade présente un état cachectique trop avancé.

La *curiethérapie transcutanée* bénéficie des contre-indications de la curiethérapie intra-cavitaire. Elle rend possible le traitement de néoplasies étendues, non seulement de l'œsophage mais des espaces péri-œsophagiens. Elle permet une irradiation totale et homogène de la région. Elle nécessite par contre un certain nombre de précautions au moment de la confection des appareils (collier ou cuirasse) dont la disposition devra tenir compte de la protection des plans cutanés superficiels et des tissus situés entre la peau et la masse néoplasique.

La *télécuriethérapie* possède tous les avantages de la méthode précédente. Elle permet de plus, avec un maximum de garanties, l'homogénéité de la distribution et la protection des plans superficiels. Elle doit donc être utilisée de préférence d'autant plus qu'elle est beaucoup plus facile à supporter par le malade.

Enfin, la combinaison des méthodes précédentes peut être employée dans certains cas, afin de conjuguer les heureux effets de chacune d'elles.

Après l'exposé détaillé des indications et de la technique de chacune de ces méthodes, l'auteur publie les conclusions d'un certain nombre de statistiques. Il en ressort que, si l'on peut espérer une survie plus longue par l'emploi de la curiethérapie, celle-ci, pas plus que les autres moyens thérapeutiques employés jusqu'à ce jour, n'a permis d'obtenir un seul cas de guérison du cancer de l'œsophage.

JEAN LEROUX-ROBERT.

REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

A. Calmette. ***L'infection tuberculeuse spontanée du cobaye et du lapin*** (*Revue de la tuberculose*, 4e série, t. I, n° 2, Février 1933). — C. résume de nombreux travaux récents sur la question, qui est si importante pour les expérimentateurs. Les infections spontanées du cobaye et du lapin sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait cru précédemment, et si elles passaient presque toujours inaperçues, c'est parce que chez les rongeurs de laboratoire et chez les autres espèces animales sensibles (comme dans l'espèce humaine), elles ne manifestent leurs effets qu'après un délai beaucoup plus long que ne le comporte d'ordinaire la conservation des animaux inoculés, et qu'elles peuvent également, comme dans l'espèce humaine, déterminer soit des formes de tuberculose évolutive, soit des états d'allergie générateurs d'immunité ou de résistance aux surinfections.

Tout cela explique que, lorsque des cobayes ou des lapins neufs sont placés dans une même cage, en contact avec un animal atteint de tuberculose ouverte ou fermée, les uns s'immunisent, tandis que d'autres s'infectent plus ou moins gravement. C'est exactement ce qui s'observe dans la contagion familiale qui frappe certains membres de la famille d'un tuberculeux, alors que d'autres, qui ont eu le temps de s'immuniser, restent indéfiniment indemnes.

Contrairement à l'hypothèse récente de A. Lumière (de Lyon), il n'y a donc aucune différence fondamentale entre le cobaye, le lapin, les autres animaux sensibles et l'homme, vis-à-vis de la contagion bacillaire. Tous sont « spontanément tuberculisables » lorsque, n'étant pas déjà rendus résistants aux surinfections par une légère infection antérieure, ou par la prémunition conférée par le BCG, ils se trouvent exposés à des contaminations virulentes.

L. RIVET.

Professeur Jacques Parisot et **Saleur.** ***Erythèmes noueux familiaux et contaminations tuberculeuses*** (*Revue de la tuberculose*, 4e série,

t. I, n° 2, Février 1933). — P. et S. analysent 11 cas personnels. Ils relatent l'observation de deux familles: dans l'une, entachée de tuberculose, 3 enfants sur 7 furent atteints simultanément d'érythème noueux; dans l'autre, où le père était tuberculeux ouvert, les deux enfants furent atteints simultanément d'érythème noueux.

Ces faits établissent la réalité d'un syndrome d'érythème infecticux au cours de l'infection tuberculeuse. L'érythème noueux se comporte, chez le tuberculisé, comme une poussée infectieuse qui s'inscrirait dans le cadre d'une infection plus vaste. L'érythème tuberculeux et divers exanthèmes infectieux ou toxiques ont des analogies; peut-être répondent-ils chacun à des modes nosogéniques comparables.

L'érythème noueux tuberculeux semble faire partie des accidents initiaux de l'infection bacillaire; c'est une manifestation de primo-infection, et il survient chez des néo-tuberculeux, ce terme étant pris dans le sens de néo-infectés.

L. Rivet.

Mme Nadzieja Berdo (Varsovie). **Valeur de la réaction de Vernes à la résorcine dans la tuberculose pulmonaire** (*Revue de la tuberculose*, 4e série, t. I, n° 2, Février 1933). — Mme B. a fait plus de 1.200 examens, chez 829 malades, dont 355 tuberculeux. Des résultats obtenus, elle formule les conclusions suivantes:

La réaction résorcinée n'est pas spécifique dans la tuberculose pulmonaire; donc la valeur diagnostique de cette réaction est peu appréciable dans cette maladie.

L'importance de cette réaction consiste dans la définition de l'activité tuberculeuse et de son caractère évolutif.

La réaction de Vernes sert à contrôler les effets d'une cure: elle diminue avec l'amélioration et augmente avec l'aggravation ou les complications.

Il en résulte que la réaction de Vernes est importante dans le pronostic de la tuberculose pulmonaire, surtout dans les examens en série. La courbe de la réaction suit fidèlement la marche de la maladie dans la grande majorité des cas, et c'est en la consultant qu'il est possible bien souvent de pronostiquer l'évolution de la tuberculose, à courte échéance au moins.

L. Rivet.

LE SANG
(Paris)

G. Fontès et L. Thivolle. **Recherches expérimentales sur la thérapeutique de l'anémie grave par carence martiale et notamment par hémorragie** (*Le Sang*, t. VII, n° 3, 1933). — Le métabolisme du fer est encore imparfaitement connu. F. et T. rappellent dans la première partie de leur article les faits les plus importants actuellement établis à ce sujet. L'idée fondamentale est que l'ionisation est indispensable à l'absorption du fer et à l'hématopoièse. Ce métal n'est absorbé d'ailleurs que lentement et en quantités quotidiennes limitées, qu'il est impossible de dépasser. La thérapeutique martiale de rénovation sanguine doit donc être de longue durée, elle ne peut guère se faire par le moyen d'aliments, mais doit s'adresser à des composés facilement ionisables, attaquables par le suc gastrique, et ne possédant pas d'effets nocifs sur la muqueuse de l'estomac. A partir de ces composés, le foie crée un fer circulant, qui lui-même donnera naissance à l'hémoglobine. Il faut donc que l'arrivée du médicament ait lieu par la voie porte.

Dans une deuxième partie, F. et T. exposent leurs recherches sur les effets de trois composés martiaux chez le chien anémié profondément et vidé de ses réserves de fer par saignées successives. Le perchlorure de fer est bien absorbé et permet à la fois une récupération d'hémoglobine et d'hématies sans aucun retard.

Le caséinate de fer, très ionisable, donne des résultats équivalents au précédent et permet la constitution d'importantes réserves de fer dans l'organisme. Il a sur le perchlorure l'avantage d'être sans danger pour la muqueuse gastrique et de n'avoir aucun goût, ce qui le rendrait préférable dans la thérapeutique humaine.

Le sulfocyanate de fer donne des résultats plus irréguliers. Il reste inférieur aux deux autres composés en ce qui concerne la formation d'hémoglobine. Son action est nettement retardée, probablement parce qu'il est absorbé à l'état de complexe non ionisé. On en revient ainsi à l'importance de l'ionisation dans l'assimilation organique du fer.

Escalier.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Curtius. *Sclérose en plaque et hérédité* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 8, 24 Février 1933). — La recherche des antécédents familiaux préconisée déjà par les auteurs classiques doit être poursuivie très soigneusement si l'on veut essayer d'élucider les problèmes posés par certaines maladies, telles que la sclérose en plaque.

Les données statistiques sont souvent, en effet, faussées par des recherches insuffisantes.

En examinant plus de 51 pour 100 des parents vivants des malades, en écrivant de nombreuses lettres pour obtenir des renseignements détaillés sur d'autres membres de ces familles, on parvient à déceler des données anamnestiques intéressantes. Les mêmes recherches ayant été pratiquées dans des familles saines, il est possible de tirer des conclusions valables:

1° Les maladies nerveuses et psychiques se rencontrent dans les familles de sclérose en plaque 1,64 fois plus souvent que la moyenne normale.

2° Le pourcentage des tares neuro-psychiques décroît parallèlement à l'éloignement du degré de parenté.

3° Chez 6 pour 100 des malades, les parents étaient de la même famille, en particulier 2,8 pour 100 cousins germains (au lieu de 0,52 pour 100 moyenne générale).

On peut donc soupçonner une hérédité prédisposante du S. N. Les affections nerveuses retrouvées dans les familles des scléreux en plaque sont d'ailleurs multiples (démence sénile ou démence artério-scléreuse, psychose dépressive ou maniaque, épilepsie, énurésie, suicide, etc.

La variété de ces tableaux phénotypiques a des causes multiples, en particulier, l'influence des facteurs occasionnels différents dans chaque cas. Cependant, il est possible qu'il y ait déjà, dans la prédisposition innée de ces sujets, des facteurs récessifs multiples, associés de façon différente selon les lois de l'hérédité.

On peut se demander en présence de chaque malade pourquoi son affection nerveuse, entre les diverses formes possibles, réalise le type de la sclérose en plaque.

Certains facteurs innés seraient responsables de cette orientation.

Ainsi la constipation spasmodique familiale, ainsi que d'autres syndromes d'origine vagotonique, la diathèse allergique et surtout l'eczéma, certains aspects morphologiques, etc.

En ce qui concerne le rôle des agents infectieux, C. n'apporte nul élément nouveau, mais fait observer que même la découverte de l'agent déterminant s'il existe, n'enlèverait nulle valeur aux faits qu'il signale et qui concernent le stade latent de prédisposition pathologique.

G. Dreyfus-Sée.

Wittkower et K. Dhawan. **Le traitement de la constipation chronique fonctionnelle par la méthode de Yoga** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 8, 24 Février 1933). — De nombreux traitements psychothérapiques de la constipation chronique ont été proposés, les uns tentant de lutter contre les mauvaises habitudes qui ont entraîné la paresse intestinale, les autres s'efforçant de conjurer certains éléments psychonévrotiques qui entretiennent les troubles.

Suggestion, prescriptions tendant à habituer l'intestin à fonctionner à heure fixe (avec ou sans aide provisoire médicamenteuse), etc., ces divers procédés ont contre eux leur difficulté d'exécution, d'autant plus grande qu'il faut une patience prolongée dont les malades sont souvent incapables.

Les 42 constipés chroniques (hyper ou hypokynétiques) qui constituent les sujets choisis par W. et D. ont été soignés à l'aide d'une méthode psychophysique, ancienne pratique hindoue mystique qu'il est possible d'adapter sans tenir compte de ses bases religieuses et philosophiques.

Les théories de Yoga, vieilles de trois mille ans, ont pour but la libération de l'âme de la matière. Celle-ci s'effectue en 8 stades, dont Asana (position assise), Mudra (tenue de la tête) et Samjana (concentration, méditation et contemplation) peuvent être utilisés aux fins thérapeutiques qui nous intéressent.

3 exercices, découlant de ces principes, ont été réglés par W. et D. :

1° Le sujet assis par terre essaye d'atteindre ses orteils avec la pointe des doigts sans plier les genoux : le sphincter anal s'ouvre lors de la flexion, se referme pendant l'extension. Exercice quotidien (quinze à vingt minutes avec pauses) pendant trois semaines.

2° Accroupi dans une baignoire, les genoux repliés, le sujet presse les talons contre les fesses qu'il écarte en respirant, provoquant une ouverture active de l'anus. Au cours de ces manœuvres répétées, l'eau pénètre par petites quantités dans le rectum, et réalise ainsi un lavement spontané.

3° Le sujet est instruit par des figures de l'anatomie et du fonctionnement physiologique de l'intestin. Dans une position confortable, il concentre son esprit sur les mouvements péristaltiques de son intestin.

Cette gymnastique spéciale, avec ses éléments psychiques et suggestifs, aurait fourni un pourcentage élevé de succès chez des sujets jusqu'alors résistants à tous les essais diététiques et médicamenteux. En une à trois semaines, la rééducation de l'intestin était obtenue aussi bien chez des sujets âgés (70 ans) que chez des enfants (10 ans).

G. Dreyfus-Sée.

F. Bœnheim. **Hypoalimentation** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 8, 24 Février 1933). — Seuls les sujets hypoalimentés du fait des conditions sociales actuelles ont été examinés, à l'exclusion de tous les malades soumis au régime ou présentant une chute pondérale due à leur affection pathologique. L'amaigrissement des sujets considérés était toujours de plus de 10 kilogr.

Le régime alimentaire des chômeurs partiels ou complets est difficile à établir. Cependant, les calculs des économistes montrent que les ressources fournies aux assistés se trouvent notablement insuffisantes. Certains auteurs ont admis que, dans l'ensemble, les travailleurs gagnent 55 pour 100 de la somme nécessaire à leur besoins vitaux. Les collaborateurs de B., étudiant la valeur calorique de la ration dans des familles de chômeurs, trouvent 1.483 calories pour les régimes d'adultes. Or, le chiffre de 2.222 a été considéré comme un minimum déjà trop faible par la Commission d'hygiène de la Société des Nations.

L'hypoalimentation paraît porter surtout sur la

ration en albumine. Elle entraîne une chute de poids rapide et considérable. Chez les vieillards assez fréquemment la reprise pondérale devient impossible après un certain temps de jeûne relatif.

Chez les adultes de 20 à 60 ans, on peut aussi observer un amaigrissement qui progresse malgré la remise à un régime normal. Le plus souvent pourtant, il suffira de compléter la ration pour obtenir la reprise du poids, mais l'étude systématique des sujets qui après une période de chômage complet touchent une allocation d'assistance montre que la somme allouée est toujours insuffisante pour empêcher la sous-alimentation et, par conséquent, n'enraye pas la chute pondérale.

Les conséquences physiologiques, actuellement observées, se rapprochent de celles fournies par les études durant la guerre, sauf que les aliments étant plus frais et de meilleure qualité, on ne rencontre plus d'œdèmes, d'avitaminoses, d'ostéopathies, etc.

Les troubles psychiques se manifestent par la fréquence accrue du suicide (1.685 cas en 1932; 1383 en 1930), par l'instabilité psychique, les cauchemars, les insomnies, etc.

L'étude du métabolisme basal de ces sujets montre parfois une augmentation nette sans aucun signe d'hyperthyroïdie, ou bien une diminution notable. D'ailleurs, nulle relation ne peut être établie entre les modifications des échanges et l'intensité de l'amaigrissement ou son degré de réductibilité.

L'action dynamique spécifique, l'extra-chaleur fournie par les albumines chez les sujets hyponourris paraît diminuée, et ce fait peut être rapproché des troubles trophiques (altération des dents, du système pileux), des troubles sexuels (frigidité), constituant un syndrome d'asthénie hypophysaire, degré inférieur de la cachexie hypophysaire.

Les altérations sanguines ou viscérales sont peu importantes; on peut signaler pourtant des troubles minimes circulatoires, digestifs ou hépatiques.

Ces diverses conséquences d'un état, qui tend actuellement à se généraliser, entraînent une prédisposition morbide, en particulier en ce qui concerne la tuberculose, qui rappelle ce qui a été observé durant la guerre.

G. Dreyfus-Sée.

Heglen. ***La maladie de Weil considérée comme maladie professionnelle*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 8, 24 Février 1933). — C'est la spirochétose ictéro-hémorragique à laquelle H. conserve le nom de maladie de Weil. De nombreux cas de cette affection ont été observés à Hambourg (23 cas hospitalisés de 1926 à 1933) surtout chez des sujets employés au service des écluses. La lutte contre les rats ayant été négligée, le nombre de ces animaux s'est accru et l'examen systématique des animaux capturés a montré qu'ils étaient porteurs de spirochètes dans environ 10 pour 100 des cas. Les éclusiers ont souvent présenté des formes graves de la maladie et des cas mortels ont été signalés. H. réclame donc l'assimilation de l'affection à une maladie professionnelle chez les éclusiers afin de les faire bénéficier des dédommagements auxquels cette mesure leur donnerait droit.

Peut-être d'ailleurs, l'augmentation de fréquence de la spirochétose ictéro-hémorragique doit-elle être mise en parallèle avec l'accroissement du nombre des affections hépatiques depuis quelques années. Outre les progrès sérologiques et cliniques, facilitant le diagnostic des ictères à rechutes, il faudrait donc tenir compte, pour l'explication de cette fréquence accrue, d'une plus grande sensibilité du foie.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Leo Hess. ***Œdème pulmonaire actif*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXIV, n° 6, 9 Février 1933). — La circulation pulmonaire doit être en principe considérée comme un tout ne supposant guère de modifications partielles. Néanmoins, la régulation de cette circulation peut être modifiée par des influences nerveuses. Tout d'abord, H. fait intervenir les réflexes de nutrition de W. T. Hess. Ces réflexes sont assez semblables à ceux qui intéressent le foie et qui font que cet organe augmente de volume par exemple au cours de la digestion ou au cours de certaines maladies. Effectivement, l'irrigation du poumon est plus importante pendant le travail qu'au repos. Néanmoins, un pneumothorax unilatéral ne modifie pas la pression de l'artère pulmonaire, ce qui permet de supposer que, dans ces conditions, il passe par le poumon normal la quantité de sang qui passait auparavant à travers les deux poumons. On sait d'ailleurs que, normalement, tous les capillaires du poumon ne sont pas également irrigués. Ainsi, les poumons peuvent admettre une quantité variable de sang. Cela explique, comme le remarque H., l'hyperémie pulmonaire qui s'observe en cas de sténose mitrale compensée ou encore d'apoplexie pulmonaire avec dilatations des vaisseaux et hémorragies qui surviennent, comme Orth l'a montré, au cours d'un effort physique considérable. Cela explique également la congestion des poumons, l'abaissement de la limite inférieure des poumons et les râles qui s'observent sous l'influence de froid vif, de chaleur élevée, d'air poussiéreux ou de gaz toxiques. Il s'agit là d'une hyperémie active qui n'a pas seulement pour effet d'apporter des substances nutritives, mais aussi d'éliminer des déchets produits en excès un peu comme l'hyperémie inflammatoire.

Ce processus actif peut être invoqué pour expliquer l'augmentation de la transsudation et l'apparition d'œdème qui s'observe comme H. le montre exclusivement dans le poumon sain quand l'autre est enfermé dans une coque pleurétique fibreuse. Des phénomènes du même genre sont observés en cas d'hémiplégie: le côté paralysé, qui fonctionne moins bien, est normal alors que le côté non paralysé peut présenter seul de l'œdème. L'œdème pulmonaire qui s'observe en cas de sténose mitrale pure peut également être unilatéral, H. en donne plusieurs observations, dans lesquelles un des poumons a été en quelque sorte protégé contre l'œdème par des adhérences pleurales.

En cas d'infiltration par pneumonie, il survient des accès d'œdème pulmonaire aigu qui peut être unilatéral et s'observer alors uniquement dans le poumon sain qui est alors généralement distendu. C'est là un fait auquel on n'aurait pas jusqu'ici accordé toute l'importance qu'il mérite et dont il est donné deux observations.. Dans ce phénomène des adhérences pleurales peuvent également intervenir pour favoriser l'apparition de l'œdème du côté sain. H. donne également une série d'observations de cancer d'une bronche principale avec œdème de la partie saine du poumon ou de l'autre poumon. Il remarque que des faits de ce genre ont été notés par R. Huguenin ainsi que par G. Caussade, J. Surmont et J. Lacapère.

Il y a lieu de rapprocher des faits de ce genre de l'œdème pulmonaire qui survient après évacuation trop rapide de liquide pleural, phénomène qui doit être rattaché à une hyperémie active survenant d'abord du côté malade, puis parfois réflexe, du côté sain.

Dans une série d'autres observations réunies par H., il s'agit d'œdème pulmonaire apparu au cours d'élévation paroxysmique de la pression sanguine. L'une de ces observations, due à Kolisko, concerne un sujet mort deux heures après une injection de cocaïne et présentant à l'autopsie des poumons volumineux, bleu foncé, hyperémiés et en même temps œdématiés. La surrénale est transformée en tumeur. Le fait que ces lésions relèvent d'une augmentation de la pression du sang est montré parce qu'il existe également de l'hyperémie du cerveau. D'ailleurs, la tumeur des surrénales contenait une substance hypertensive dont le déversement dans l'organisme a dû être provoqué par l'ingestion de cocaïne. H. donne encore plusieurs observations du même genre démontrant qu'en l'absence de lésions cardiaques ou rénales, l'œdème pulmonaire correspond à une surcharge brusque de la circulation du fait de l'augmentation de la pression. La quantité de plasma qui transsude à travers les capillaires augmenterait alors trop pour être évaporée avec l'air courant.

P.-E. Morhardt.

F. Besser et **C. Schilling.** ***Clinique et radiographie des thromboses cardiaques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 1, 20 Février 1933). — B. et S. rappellent que les thromboses cardiaques peuvent provoquer des symptômes assez caractérisés. Quand il s'agit de thromboses du cœur gauche, qui surviennent surtout dans l'oreillette, au cours de la sténose mitrale, on observe de la dyspnée, une forte cyanose, des palpitations et de l'œdème malléolaire tandis que le pouls artériel est presque insensible. Quand il s'agit de thromboses du cœur droit, on constate une stase dans les veines caves avec de l'œdème des extrémités, de l'augmentation de volume du foie, des épanchements dans les séreuses, des embolies pulmonaires avec infarctus hémorragique, etc., etc.

Jusqu'ici, cependant, le diagnostic de thrombose cardiaque n'a pu être fait par les rayons Rœntgen que dans deux cas, celui de Scholz et celui de Arendt. Le diagnostic ne fut d'ailleurs fait dans ces deux cas qu'après la mort.

B. et C. donnent d'abord l'observation d'un homme de 49 ans dans la famille duquel il y a plusieurs cas de maladie du cœur, qui présente de l'hypertension et qui est syphilitique. On songe à une affection syphilitique du cœur et de l'aorte. Il s'établit bientôt des phénomènes d'insuffisance; l'expectoration devient sanglante et aux rayons Rœntgen on observe d'abord l'existence d'un infarctus pulmonaire organisé puis, dans la partie supérieure droite de l'ombre du cœur, une protubérance en demi-cercle qui fait songer plutôt à un anévrysme de l'aorte bien qu'on ait tout d'abord cru à une thrombose cardiaque. A l'autopsie, il fut constaté que cette ombre était effectivement due à une thrombose qui expliquait bien les nombreuses embolies pulmonaires. Néanmoins, dans ce cas, l'ombre du cœur n'a pas été interprétée d'une façon nette pendant la vie.

Dans le second cas, au contraire, le diagnostic a été bien fait, mais sans confirmation nécropsique. Il s'agit d'un homme de 56 ans qui présente des troubles cardiaques assez peu marqués et pas d'insuffisance. Le pouls est bien marqué et on ne constate pas de gangrène des extrémités. Aux rayons Rœntgen, on voit, dans la région de l'oreillette gauche, une formation grosse comme une noix, constituée par de petits éléments plus ou moins opaques. Il s'agirait à peu près certainement d'un thrombus calcifié et adhérent à la paroi auriculaire.

Au total, il semble à B. et S. que le diagnostic de thrombose cardiaque peut être fait plus fréquemment que cela n'a été le cas jusqu'ici et que les thromboses cardiaques sont parfois visibles aux rayons Rœntgen.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für SCHIFFS- und TROPEN-HYGIENE (Leipzig)

Syed Riazul Hassan. ***Etude de la fièvre ondulante au Punjab, causée par B. abortus (Bang).*** [*Arch. f. Schiffs-u. Trop., Hyg.*, t. XXXVII, n° 3, Mars 1933]. — H., à propos d'une petite épidémie de fièvre ondulante observée à l'hôpital militaire de Lahore, a recherché systématiquement les agglutinines contre les *Brucella*, dans le sang de sujets sains et atteints de la maladie, de chèvres et de vaches n'ayant jamais présenté d'avortements (voir la technique employée dans le travail original).

La présence d'agglutinines a été trouvée, avec un pourcentage variable, chez les sujets sains et malades, ainsi que chez les animaux. La conclusion est que la fièvre ondulante se rencontre communément au Punjab; la vache aussi bien que la chèvre peut servir de vecteur; le contact immédiat est la principale source de contagion; il existe des races non pathogènes de ces microorganismes. Les tentatives pour découvrir un bactériophage contre les *Brucella* sont restées infructueuses.

Ch. Joyeux.

Dj. Guelmino. ***Influence de la chaleur sur la biologie exogène des Plasmodium*** (*Archiv für Schiffs-und Trop. Hygiene*, t. XXXVII, n° 3, Mars 1933). — Se basant sur ses observations épidémiologiques, faites en Yougoslavie, G. attire l'attention sur les facteurs climatiques, notamment la température, dans le cycle sexué des *Plasmodium* du paludisme (on sait *d'ailleurs* que ces questions ont déjà fait l'objet de nombreux travaux de laboratoire). Il explique l'apparition saisonnière des trois *Plasmodium* et des différentes formes cliniques, principalement par des variations thermiques. L'étude de l'évolution des parasites chez l'anophèle, dans un pays, doit accompagner celle des indices endémiques (palpation des rates et examen de sang).

Ch. Joyeux.

ENDOKRINOLOGIE (Leipzig)

Karl Fekete. ***Contribution à l'explication du début de l'accouchement*** (*Endokrinologie*, t. XII, n° 3, Mars 1933). — Les théories sur les causes qui déclanchent l'accouchement sont nombreuses et contradictoires. On a attribué ces causes soit à l'organisme fœtal, soit à l'organisme maternel. On a ainsi fait intervenir des toxines provenant du syncitium ou encore la choline contenue dans le placenta. Knauss admet entre le corps jaune et le lobe postérieur de l'hypophyse un antagonisme qui s'équilibre jusqu'au moment où le corps jaune cessant de fonctionner, c'est le lobe postérieur qui l'emporte et qui déclanche les contractions utérines. Mais, au cours de maintes observations cliniques, l'ablation du corps jaune, pratiquée au cours de la gestation, n'a pas troublé celle-ci. De plus, F. a déjà démontré qu'on ne retrouve pas dans le sang une substance capable d'augmenter le tonus de l'utérus survivant ou le nombre de ses contractions. Bien plus, le sérum de parturientes est capable de neutraliser les mêmes quantités d'hypophysine que le sérum de gestante. Effectivement, un mélange de sérum et d'hypophysine conservé à la glacière pendant quinze heures, injecté à des parturientes, reste absolument sans effet sur les contractions de l'utérus, même quand il existe un certain degré d'atonie. Ce même mélange fraîchement préparé se montre, par contre, capable d'exciter les contractions. Il en est exactement de même avec le sérum de gestante.

Quant à la choline, son rôle paraît douteux. De plus, un cas de F. montre que le placenta n'intervient certainement pas: chez une parturiente, le fœtus ayant une présentation transversale, on pratique une version au cours de laquelle le placenta est complètement décollé. La version elle-même ne réussit pas. La malade accouche du placenta et on l'envoie à l'hôpital dix heures après cet événement. Elle avait alors une bonne contraction toutes les 5 à 10 minutes. Ainsi, le rôle de cet organe est nul au moins une fois que les contractions ont commencé.

F. a procédé à des expériences sur des utérus de rat au dixième ou au douzième jour de la gravidité. Par le moyen d'un tube de caoutchouc, l'intérieur de ces utérus était mis en communication avec un manomètre inscripteur. Au cours de l'expérience, il était possible d'injecter dans l'utérus, en traversant la paroi du tube de caoutchouc, une certaine quantité de liquide. On a pu ainsi constater que l'injection de 2 cmc est sans effet. Avec 3 cmc, les parois de l'utérus deviennent aussi minces qu'à la fin de la gravidité et alors il apparaît des contractions. Autrement, l'utérus gravide n'a aucune contraction. Dans ces conditions, il faut admettre que pendant la gestation, l'utérus est beaucoup moins sensible qu'habituellement à la distension et, pour expliquer le début de la parturition, il n'y a pas besoin d'admettre l'apparition d'une substance ocytocique particulière. Ce phénomène doit être considéré comme une simple tendance à la rétraction due à un degré suffisant de distension. Celle-ci représente donc l'excitant nécessaire pour déclancher l'accouchement.

P. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für UROLOGISCHE CHIRURGIE (Leipzig)

A. Muller (Bâle). ***Des altérations vésicales par les amines envisagées dans la population industrielle de Bâle*** (*Zeitschrift für Urologische Chirurgie*, t. XXXVI, n°s 3 et 4, 13 Janvier 1933). — Les conclusions de cet article sont les suivantes:

Depuis 1912, il a été observé à Bâle 59 cas d'affections urinaires chez des ouvriers de l'industrie chimique: 4 cystites hémorragiques aiguës, 1 cystite chronique avec ulcérations, 19 papillomes dont 6 subirent ultérieurement une transformation maligne et 36 carcinomes. Les substances nocives sont exclusivement des amines.

Le temps moyen au bout duquel les accidents ont éclaté a été de dix-sept ans et quatre mois pour l'ensemble des affections; quatorze ans et quatre mois pour les papillomes, dix-neuf ans pour les carcinomes. Les cas de carcinome ont été très malins, rarement opérables et ont donné des métastases à distance.

La thermocoagulation endovésicale est le traitement de choix des papillomes. Dans les carcinomes, la résection partielle de la vessie (tumeurs du dôme et de la paroi antérieure) a été possible 5 fois; deux malades sont restés guéris depuis huit ans. Pour les tumeurs des parois latérales et du plancher vésical, il n'a pu être pratiqué qu'une cystectomie totale précoce avec réimplantation des uretères dans l'intestin: elle a donné une mort assez rapide.

La prophylaxie de ces affections a été très étudiée: elle consiste dans l'amélioration des conditions techniques et sanitaires, dans le contrôle régulier des urines et éventuellement de l'état de la muqueuse vésicale par la cystoscopie, ainsi que dans une sélection particulière des ouvriers que l'on embauche.

G. Wolfromm.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG (Berne)

Gösta Westin. ***Altérations scorbutiques des dents et leurs modifications par des préparations de vitamine C synthétiques*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. II, Janvier 1933). — Les altérations des dents ont, d'après W., une importance considérable pour juger des effets biologiques des préparations de vitamine C. L'état des dents constitue effectivement un test extrêmement sûr permettant d'apprécier les plus petites variations dans la quantité ou dans la qualité de la préparation administrée. Les nombreuses recherches poursuivies par W. ont montré que l'acide glucuronique n'a pas les effets de la vitamine C. La narcotine irradiée et la narcotine additionnée de graine en voie de germination ont des effets à peu près nuls. Par contre, un dérivé de la cotarnine possède un effet déjà appréciable à la dose de 20 gammas.

Les monophénols et les triphénols de la narcotine ont un effet presque nul, tandis que les diphénols inhibent ou tout au moins ralentissent très nettement l'apparition du scorbut dentaire et permettent également de guérir le scorbut manifeste. Cependant, ce produit, à doses trop élevées, provoque des lésions qui se rapprochent de celles qui s'observent dans la calcification rachitique.

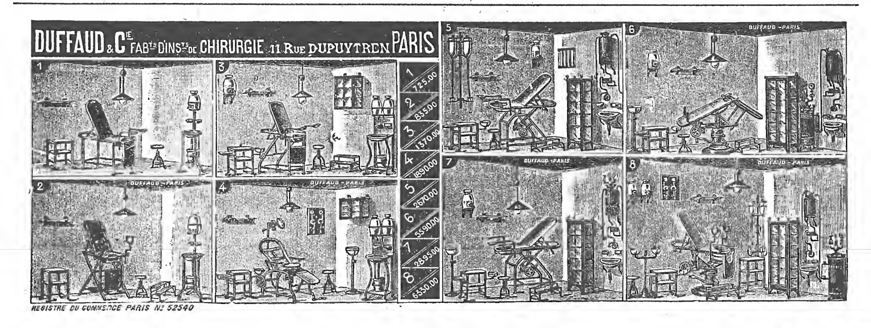
Associé au diphénol, l'acide glucuronique n'a pas d'effet bien manifeste sur les lésions dentaires et n'agit par conséquent pas comme une vitamine, mais cependant intervient dans les effets du régime.

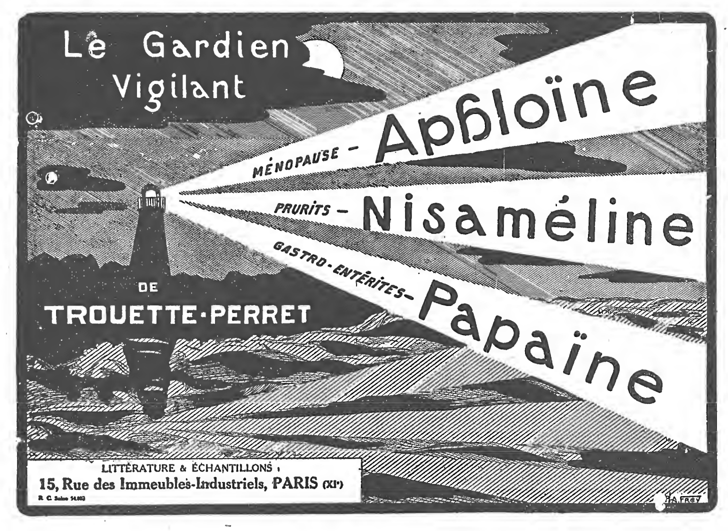
P.-E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Urbach. ***Pathogénie et traitement des affections allergiques de la peau et des muqueuses*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 5, 3 Févriar 1933). — Tous les auteurs qui se sont occupés de ces questions savent combien la détermination de l'allergène en cause est parfois malaisée, et combien décevant est le traitement de désensibilisation, même lorsque l'agent pathogène a pu être précisé: il faut tenir compte en effet du rôle capital du terrain.

Le nombre des allergènes que l'on peut être amené à incriminer est pour ainsi dire infini; d'autre part, il est des cas dans lesquels cet allergène ne déclanche d'accidents qu'à partir d'une certaine dose ou présenté sous une certaine forme: ainsi, quelques malades tolèrent les œufs ou le lait à l'état de crudité seulement; d'autres ont des accidents lorsque œufs ou lait sont incorporés à des pâtes alimentaires par exemple. Parfois, l'idiosyncrasie est plus limitée encore, tel le malade de Pagniez qui était sensibilisé vis-à-vis des fraises d'un canton déterminé de la Suisse. Dans d'autres cas, l'apparition des accidents ne se fait qu'au bout d'un certain laps de temps, ce qui rend la détermination de l'antigène également délicate; cette action de l'antigène ne se fait parfois qu'à la faveur de circonstances adjuvantes, telle la malade de U. sensibilisée à une certaine teinture, mais qui ne présentait d'éruption qu'au niveau des régions du corps sujettes à la transpiration. Enfin, les manifestations allergiques reconnaissent souvent des causes successives: un enfant observé par Taub eut à l'âge de 2 mois un eczéma d'origine vestimentaire, à 3 mois, il présente une urticaire, à 1 an de l'œdème de Quincke après ingestion d'œuf, à 2 ans de l'asthme après ingestion de banane: ces cas de polysensibilité sont observés avec la plus grande fréquence, et il est très important pour le traitement de savoir démêler la cause principale des facteurs accessoires; parmi les causes adjuvantes, les infections, les intoxications alimentaires peuvent provoquer l'apparition de troubles aller-


DUFFAUD & Cie FABts D'INSts DE CHIRURGIE 11 RUE DUPUYTREN PARIS
1 725.00
2 835.00
3 1370.00
4 1890.00
5 2670.00
6 5590.00
7 2895.00
8 6350.00
REGISTRE DU COMMERCE PARIS N° 52540


Le Gardien Vigilant
DE TROUETTE-PERRET
MÉNOPAUSE - Apioline
PRURITS - Nisaméline
GASTRO-ENTÉRITES - Papaïne
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :
15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XIe)


PHARMACIE DU
9, Rue Favart
Dr MIALHE
PARIS
ELIXIR DU Dr MIALHE
GASTRALGIES
Extrait complet des glandes pepsiques
L'alcool n'entrave
pas à faible dose l'activité protéolytique
de la pepsine qui recouvre toute son activité dans le milieu stomachal.
(Vigier, Germain Seé, etc.)
Un verre à liqueur peptonise complètement et rapidement 30 gr. de fibrine.
Posologie : un verre à liqueur après chaque repas. — Prescrire : Elixir du Dr Mialhe : 1 flacon
Extrait complet des glandes pepsiques

giques. Toutes les méiopragies : gastro-intestinales, endocriniennes, le tempérament du sujet, les conditions atmosphériques, le tonus psychique, peuvent également favoriser l'apparition des maladies de sensibilisation.

G. Basch.

Kabanow. ***Le débit de « Neurenergie » chez les asthmatiques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 6, 10 Février 1933). — Sous le nom de « Neurenergie », K. désigne la force nerveuse dépensée par certains sujets pour des fins inutiles. Cette dépense d'énergie, il la retrouve au cours des manifestations paroxystiques pathologiques, telles que l'asthme, la migraine, l'épilepsie, etc. Il lui est apparu, par l'observation de cette catégorie de malades, qu'il y avait une sorte de balancement entre l'énergie nerveuse dépensée utilement, et celle qui s'exprime au contraire en manifestations pathologiques : en d'autres termes, le travail intellectuel, les incitations esthétiques, sociales, érotiques, etc., canalisant les réserves d'énergie, les détournent des manifestations pathologiques par lesquelles elles s'expriment lorsque le sujet est oisif, triste et inoccupé. A l'appui de cette opinion, K. cite un certain nombre d'observations relatant plus des états hystériques que des manifestations d'asthme bronchique authentique.

G. Basch.

Henneberg. ***Prophylaxie des intoxications par la viande chez l'homme*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 6, 10 Février 1933). — La prévention des intoxications alimentaires par les viandes doit être assurée par le médecin vétérinaire dont le rôle est particulièrement important. Un certain nombre de maladies de l'animal qui n'ont rien de commun entre elles du point de vue étiologique peuvent cependant constituer la source commune de maladies humaines connues sous le nom de paratyphoses d'origine animale. Peuvent donner lieu à ces affections entérito-typho-paratyphiques, aussi bien la paratyphoïde du veau, la maladie abortive de la jument et de la brebis, la typhoïde du cochon de lait et des poules. Cependant, à part la paratyphoïde du veau, ces diverses affections sont peu transmissibles à l'homme. Plus dangereuses pour lui sont les paratyphoïdes « secondaires » de l'animal souvent difficiles à déceler chez l'animal abattu.

G. Basch.

Nobl et **Wolf.** ***Contribution au traitement sclérosant des varices*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 7, 17 Février 1933). — Si l'on soumet à une critique serrée les observations concernant les cas de mort subite par embolie par injections intra-variqueuses, on s'aperçoit en réalité qu'il ne s'agit sans doute que de cas de coïncidence. Il est bien entendu qu'il faut se mettre à l'abri de toute erreur de technique, étudier avec soin les contre-indications et surtout procéder avec une asepsie chirurgicale et n'utiliser que des solutions rigoureusement aseptiques. N. et W. relatent un cas de septicémie suraiguë avec mort, trente-six heures après l'injection ; un autre cas de Beck est attribuable à l'usage de solutions septiques. Parfois, l'apport microbien tient à une infection veineuse locale, ou à une furonculose, à une grippe, à une angine. De même, il ne faut pas procéder à une cure de varices avant une opération abdomino-pelvienne. Il est en effet recommandé de faire prendre un peu d'exercice au malade pendant sa cure sclérosante, même dans le cas de réaction locale désagréable, afin d'éviter une inversion du courant sanguin dans les veines sclérosées, éventualité vérifiée par la varicographie, et qui tend à se produire dans le cas de sclérose incomplète.

Ces quelques accidents semblent devoir être évités par l'emploi des solutions sucrées dont l'usage s'est révélé efficace et sans danger. N. et W. préfèrent les solutions hypersucrées aux solutions salées qui ont pu, dans certains cas, provoquer des escarres.

G. Basch.

BRUXELLES MÉDICAL

J. J. Snoeck. ***A propos d'un cas de coloration anormale de la sécrétion lactée*** (*Bruxelles Médical*, t. XIII, n° 19, 12 Mars 1933). — Chez une primipare de 42 ans, on constate au moment de la montée laiteuse, le troisième jour après l'accouchement, que le liquide lactescent, extrait des deux seins au moyen de la pompe électrique, a une couleur brun noir, café au lait. La montée laiteuse est particulièrement forte, les seins tendus et douloureux, on ne sent pas de tuméfactions ou de nodules indurés dans la masse glandulaire. L'excrétion de ce lait noirâtre est bilatérale et l'on peut se rendre compte que tous les canaux galactophores des deux côtés laissent sourdre un liquide coloré. Ce phénomène se poursuivit pendant plus de douze jours.

L'examen chimique a montré une faible dose de lactose, mais sur tous les échantillons prélevés à des jours différents, la recherche chimique de l'hémoglobine et celle de l'hématine par la formation des cristaux d'hémine se sont montrées positives. La résistance globulaire était normale. L'analyse des urines ne montrait rien d'anormal sauf une lactosurie légère.

Il n'y avait pas de crevasses du mamelon ; on peut éliminer l'hypothèse d'une infection mammaire ou d'une néoplasie mammaire en raison de la disparition spontanée et rapide du phénomène. On peut donc supposer que la coloration noirâtre du lait est due dans ce cas à une hémolyse localisée au tissu glandulaire des deux seins. On peut, avec quelque vraisemblance, reconstituer ainsi les étapes du phénomène : sous l'effet de la congestion intense de la montée laiteuse, les fins capillaires péri-acineux se sont rompus laissant passer les hématies dans les acinis glandulaires et dans les canaux galactophores. L'hémolyse soit sous l'influence des hémolysines qui, pour certains auteurs, se trouveraient dans le lait, soit mécanique du fait que les globules rouges se trouvent dans une solution hypotonique, met en liberté l'oxyhémoglobine et l'hémoglobine qui sont ensuite réduites par les substances réductrices du lait.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

D. W. Kramer. ***Valeur de diverses méthodes d'exploration de la circulation des membres inférieurs*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 3, Mars 1933). — K. souligne d'abord l'importance de l'étude des troubles circulatoires des membres inférieurs. Après avoir rappelé les signes cliniques (crampes, sensation de froid ou de brûlure, engourdissement, douleurs, modifications du pouls, etc.) qui attirent l'attention sur de tels troubles, mais qui sont loin de permettre d'en affirmer l'existence et d'en préciser l'importance, il décrit les diverses méthodes spéciales utilisables pour y arriver. Parmi celles-ci, il a employé l'oscillométrie, la réaction de la peau et des capillaires à l'histamine pratiquée à différents niveaux, la radiographie des vaisseaux et la détermination de la température superficielle. Ses recherches ont porté sur 150 sujets dont la moitié semblaient avoir une circulation des membres inférieurs normale et l'autre moitié, pour la plupart des diabétiques, présentaient des signes cliniques paraissant indiquer une insuffisance circulatoire.

L'oscillométrie lui a fourni de précieux renseignements. Elle mesure le degré des pulsations des vaisseaux dans des territoires divers sans qu'intervienne le facteur personnel d'appréciation, indique l'état des vaisseaux profonds inaccessibles à la palpation, peut suggérer l'établissement d'une circulation collatérale alors qu'il existe manifestement des lésions des vaisseaux. Des valeurs oscillométriques normales sont particulièrement significatives quand elles viennent confirmer un tableau clinique négatif, c'est-à-dire l'absence de signes physiques, une réaction à l'histamine et une radiologie négatives. On peut affirmer alors l'existence d'une circulation suffisante. Les valeurs basses ou nulles indiquent presque à coup sûr une gêne de la circulation, ce que confirment la présence de signes physiques et le retard de la réaction à l'histamine. Toutefois, l'oscillométrie ne permet pas de dire si la gêne circulatoire est due à un spasme vasculaire ou à un obstacle mécanique. D'autre part, on trouve parfois des chiffres normaux alors qu'il y a des signes témoignant de modifications pathologiques des vaisseaux. L'existence d'une hypertension ou d'une circulation collatérale peuvent expliquer de tels résultats.

La réaction des capillaires à l'histamine, tout aussi utile que l'oscillométrie, renseigne sur l'état de la circulation superficielle et indirectement sur celle des vaisseaux profonds. Elle peut servir de guide pour apprécier la circulation capillaire et l'état de la nutrition des tissus ; elle donne des indications pratiques au chirurgien au sujet du niveau de l'amputation à faire. Cependant, comme l'oscillométrie, elle donne parfois des résultats normaux alors qu'il y a des lésions vasculaires définies, ce qu'on peut expliquer encore par l'existence d'une circulation collatérale.

L'étude de la température superficielle se montre utile pour distinguer les affections dues au spasme vasculaire de celles qui sont liées à l'oblitération des artères.

Les signes physiques fournis par l'état des vaisseaux (pulsations, sclérose, etc.) sont parfois trompeurs, de même que la radiologie ; il peut en effet exister une circulation suffisante en dépit des dépôts calcaires des vaisseaux et, d'autre part, des altérations graves, telles que les lésions inflammatoires de la maladie de Buerger, échappent aux rayons X.

En somme, ces diverses méthodes conjuguées peuvent être utiles : 1° au chirurgien quand se pose la question d'une opération pour parer à un spasme vasculaire ; 2° quand l'amputation ayant été décidée, il s'agit de déterminer le niveau auquel on doit la faire ; 3° dans le diagnostic différentiel des affections des vaisseaux ; 4° dans le diagnostic précoce de la gêne circulatoire.

P.-L. Marie.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

I. Bram. ***Goitres exophtalmiques sans augmentation du taux du métabolisme basal*** (*Endocrinology*, t. XVII, n° 1, Février 1933). — Pendant quelques années on a pensé que la présence d'un métabolisme basal dépassant 10 à 14 pour 100 était une preuve concluante en faveur du diagnostic de goitre exophtalmique et qu'en dépit de l'existence de signes cliniques évidents, l'absence d'élévation du taux du métabolisme basal permettait de rejeter ce diagnostic.

Depuis lors, bien des cliniciens ont adopté une opinion différente et B. ne relate pas moins de 220 cas de goitre exophtalmique où faisait défaut l'exagération du métabolisme basal. Ces cas se rangent dans les 5 catégories suivantes : 1° cas non traités (74) où l'on trouve les signes cardinaux du goitre exophtalmique (hyperplasie de la thyroïde, exophtalmie souvent accentuée, émotivité, tremble-

ment, etc.), la tachycardie étant toutefois souvent modérée et la perte de poids en général insignifiante; 2° cas anciens (8) où la thyroïde atrophiée est pour ainsi dire épuisée, mais où persistent de l'exophtalmie, des palpitations, de l'émotivité, de la fatigabilité et de l'insomnie; 3° cas traités par l'iode (12) administré de façon prolongée et apparemment très améliorés, mais gardant quelques résidus de la maladie, exophtalmie en particulier; 4° patients ayant subi la thyroïdectomie (117) et présentant des symptômes d'hypothyroïdie combinés à des reliquats de goitre exophtalmique; 5° malades ayant été soumis à une radiothérapie excessive (9).

Ces faits montrent bien qu'un taux exagéré du métabolisme basal n'a pas une valeur absolue pour le diagnostic du goitre exophtalmique. Il en résulte aussi que goitre exophtalmique n'est pas synonyme d'hyperthyroïdie et que le syndrome basedowien peut survenir sans qu'il y ait hyperexcitation manifeste de la thyroïde. Ces données viennent à l'appui du rôle joué par le système nerveux végétatif ou par d'autres glandes endocrines dans la genèse du goitre exophtalmique.

P.-L. Marie.

E. P. Mc Cullagh, D. Mc Cullagh et **N. F. Hicken.** ***Diagnostic et traitement de l'insuffisance génitale chez l'homme*** (*Endocrinology*, t. XVII, n° 1, Février 1933). — D. Mc Cullagh a montré que les testicules sécrètent une hormone qu'il appelle androtine et qui provoque la croissance de la crête chez le chapon. On la rencontre également dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et l'urine de l'homme d'où on peut l'extraire en quantités assez grandes. Elle fait défaut chez les eunuques.

C., C. et H. indiquent la technique de choix pour chaponner les coqs, puis le mode d'extraction de l'hormone des divers liquides précités. Pour déterminer la teneur des liquides examinés en hormone testiculaire, on injecte aux chapons 1 cme d'extrait en solution huileuse 2 jours de suite. On mesure ensuite la croissance éventuelle de la crête. Cet extrait ne détermine aucune altération testiculaire ni aucun symptôme toxique chez l'homme ou chez l'animal.

Chez 8 eunuques cet essai biologique est venu démontrer l'absence d'hormone testiculaire dans l'urine et dans le sang. Chez tous le métabolisme basal diminué augmenta à la suite des injections d'extrait et l'hypercholestérolémie décrut.

D'autre part, C., C. et H. ont traité 19 sujets atteints d'insuffisance génitale par des injections d'hormone extraite de l'urine. Ils relatent les résultats obtenus dans 7 cas. Les changements objectifs les plus évidents furent l'augmentation du métabolisme basal, la baisse de la cholestérolémie et la possibilité de retrouver l'hormone testiculaire dans l'urine. Dans certains cas on constata des spermatozoïdes mobiles dans le liquide obtenu par massage prostatique alors qu'ils en étaient absents avant le traitement. En outre, on nota habituellement de l'augmentation de la puissance virile, de la diminution des troubles vaso-moteurs et nerveux et un accroissement de l'énergie. Mais ici il faut se méfier de l'intervention des facteurs psychiques.

Le traitement a échoué chez divers sujets présentant, soit de l'impuissance seulement, soit de l'éjaculation précoce, soit de la perversion sexuelle avec asthénie neuro-circulatoire. Mais précisément l'essai biologique fait dans presque tous les cas montra la présence de l'hormone testiculaire chez ces sujets. On voit donc que cette épreuve offre un réel intérêt diagnostique en venant prouver l'absence d'insuffisance testiculaire chez toute une série d'impuissants chez lesquels on serait tenté de la soupçonner.

P.-L. Marie.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA e SIFILOLOGIA (Milan)

Balbi. ***Pathogénie de la nécrose lipoïdique des diabétiques de Urbach-Oppenheim*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXXIV, n° 1, Février 1933). — B. rapporte un cas de l'affection décrite presque simultanément par Urbach et par Oppenheim: la nécrose lipoïdique des diabétiques.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, atteint de diabète, de glycosurie et d'hyperglycémie, qui présenta une dermatose indolente et à évolution chronique, formée de lésions jaunâtres ou brunâtres, en grande partie ulcérées, à siège périphérique (jambes et avant-bras). Certaines lésions ulcérées, à fond proliférant et végétant, à bordure brunâtre, évoquaient l'idée d'une sporotrichose; d'autres lésions planes, nodulaires, de couleur jaune soufre au centre et rouge brun à la périphérie, rappelaient le xanthome.

La biopsie montra, comme dans les cas d'Urbach et d'Oppenheim, des lésions diffuses et prédominantes des vaisseaux: graves vascularites avec rétrécissement notable de la lumière, thrombus organisé et oblitération vasculaire. Il existait un pigment hémosidérinique abondant autour des vaisseaux et dans le voisinage, mais on ne trouva aucun foyer hémorragique récent avec présence d'hématies conservées; il existait en outre d'assez nombreuses formations lymphoïdes.

Au point de vue chimique, on nota la présence de phosphatides et de graisses neutres; il existait une hyperlipémie, une hypercholestérinémie et une hyperphosphatidémie.

B. estime que cette dermatose est due au dépôt de lipoïdes hématiques dans les foyers nécrosés, grâce aux altérations vasculaires; le diabète paraît bien être la cause initiale des lésions cutanées.

R. Burnier.

Cottini. ***Etude sur 3 cas de lèpre avec bacillémie*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXXIV, n° 1, Février 1933). — C. rapporte l'histoire d'un jeune homme de 18 ans atteint d'érythème noueux et polymorphe fébrile au début d'une lèpre. Dans ce cas et dans 2 autres analogues, C. put trouver, à plusieurs reprises, au cours de l'évolution des lésions aiguës et de la période fébrile (dans un cas également pendant une période apyrétique), la présence de nombreux bacilles de Hansen, dans le sang retiré d'une veine du pli du coude.

On sait que certains auteurs ont pensé que la lèpre pouvait être transmise par la piqûre de certains ectoparasites suceurs de sang, étant donnée la présence de bacilles dans le sang pendant la phase aiguë des lésions cutanées.

Dans un cas, c'est après une exposition prolongée aux rayons solaires qu'est apparue la fièvre et l'éruption nodulaire, avec bacillémie.

Le bacille de Hansen put être retrouvé dans le sperme, avant l'apparition de lésions génitales visibles, ce qui confirme le vieux concept de la transmission possible de la lèpre par voie génitale.

La recherche des bacilles dans l'urine, les fèces, le liquide céphalo-rachidien furent négatives; il en fut de même des essais de culture de la peau, du sang, de l'inoculation aux animaux.

R. Burnier.

Chiale. ***Tuméfaction mammaire et sécrétion colostrale dans la syphilis récente*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXXIV, n° 1, Février 1933). — C. rapporte un cas de tuméfaction mammaire et de sécrétion du colostrum chez un homme de 23 ans, atteint de syphilis secondaire récente; on notait une tuméfaction de la glande, une douleur spontanée et à la palpation, l'absence de retentissement ganglionnaire; les lésions disparurent sans laisser de traces; il s'agit donc là d'une mastite diffuse syphilitique secondaire, avec hyperplasie fonctionnelle de la mamelle.

La tuméfaction due à l'hypertrophie glandulaire, les modifications cutanées (hyperémie locale, ectasies vasculaires, hyperpigmentation), la sécrétion du colostrum, sont en faveur d'une tentative de reprise fonctionnelle de la glande mammaire, ce qui s'observe dans certaines phases de la vie extra-utérine, normales ou pathologiques (naissance, puberté, tumeurs chorio-épithéliomateuses). Ces faits relèvent ordinairement de facteurs endocriniens, en particulier de l'activité du lobe antérieur de l'hypophyse.

Bien que les tests hypophysaires aient donné des résultats négatifs chez le malade, C., en raison de l'imperfection actuelle de nos moyens d'investigation, ne croit pas devoir repousser l'hypothèse d'un dysfonctionnement endocrinien déterminé par l'infection syphilitique.

R. Burnier.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE (Varsovie)

E. Herman et **A. Spiro.** ***Pneumocrâne sous-duremérien spontané*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. IX, n° 42, du 20 Octobre et n° 43 du 27 Octobre 1932). — H. et S. rapportent l'observation personnelle d'un cas de pneumocrâne sous-duremérien droit spontané survenu chez un homme de 42 ans. Dans les antécédents du malade, on note des crises épileptiques espacées, survenant tous les trois ou cinq ans. Pendant les quelques mois qui ont précédé les accidents actuels, les crises sont devenues beaucoup plus fréquentes. Le malade est venu consulter pour une hémiparésie droite avec légers troubles de la parole et de la mémoire qui se sont installés progressivement en quelques jours. Ces troubles ont été précédés par un écoulement nasal très abondant de liquide clair. La liquorrhée a duré plusieurs jours et s'est arrêtée lorsque le malade a été obligé de s'aliter.

La radiographie a fixé définitivement le diagnostic de pneumocrâne sous-duremérien (pneumocranium subdurale, pneumocephalus externus, pneumatocoele extra-cerebris).

L'origine traumatique de la lésion a pu être écartée; par contre, l'existence d'ostéomes de la paroi postérieure du sinus frontal droit et de l'ethmoïde ont fourni les éléments expliquant l'étiologie des accidents.

Au point de vue de la symptomatologie, H. et S. soulignent, en dehors de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien par le nez, l'existence d'un petit clapotement perceptible pour le malade et pour son entourage.

Le malade n'a pas été trépané. Le traitement symptomatique, sous contrôle radiologique, bien que non achevé encore, paraît présager pour l'avenir, de bons résultats, marqués déjà par la régression progressive de la parésie et la résorption partielle de l'air contenu dans la poche sous-durale.

Fribourg-Blanc.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès et **R. de Grailly.** ***Chondromatose articulaire. Discussions des caractères histologiques et mécanisme de production des corps étrangers articulaires*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. LIV, n° 8, 19 Février 1933). — Les corps étrangers articulaires sont cartilagineux ou fibro-cartilagineux avec zones de calcification et d'ossification; on peut aussi rencontrer des corps étrangers mous, grains riziformes, etc.

Il faut faire le point de départ entre les affections susceptibles de provoquer la formation de corps libres articulaires en plus ou moins grand nombre: arthrites syphilitiques, tuberculeuses ou gonococciques, rhumatisme déformant, ostéo-chondrite disséçante; arthropathies nerveuses de la syphilis acquise ou congénitale, de la syringomyélie. Chacune de ces catégories peut aboutir à la production d'un grand nombre d'arthrophytes libres pouvant présenter la même structure histologique, mais à côté des arthrites et des arthropathies susceptibles de libérer des corps étrangers intra-articulaires, il existe une modalité néoplasique de chondromatose articulaire qui tend à s'accroître de plus en plus, produisant toujours *in situ* de nouveaux foyers et de nouveaux corps étrangers, sans progresser en dehors de l'articulation ni faire de métastase éloignée.

Il est encore difficile de préciser les indications opératoires de ces chondromatoses articulaires, la simple arthrotomie et l'ablation des corps articulaires amèneraient dans quelques cas la guérison; mais si les résultats sont en général favorables, il n'existe pas encore de statistiques permettant de juger du pourcentage des succès opératoires et de l'absence ou non de récidives.

Robert Clément.

E. Leuret, H. Secousse et **P. Lamothe.** ***Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire observées dans un sanatorium populaire*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. LIV, n° 11, 12 Mars 1933). — Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire observées dans un sanatorium populaire sont le reflet assez fidèle de celles que l'on rencontre dans la clientèle. Numériquement les tuberculoses nodulaires forment l'immense majorité, puis viennent par ordre de fréquence les tuberculoses pleurales, bronchiques et emphysémateuses, pneumoniques, ganglio-pulmonaires et granuliques. Il peut y avoir chez certains malades autant de formes cliniques que de poussées évolutives, mais malgré la multiplicité des évolutions possibles et l'imprécision des limites à assigner aux faits cliniques, il y a intérêt à étiqueter et à classer les formes principales et élémentaires que revêt le processus tuberculeux.

On peut ranger les 1.074 cas observés au service des hommes du sanatorium Xavier Arnozan pendant dix ans en 6 groupes. Le groupe des tuberculoses *granuliques* comprend 21 cas (soit 1,96 pour 100 de l'ensemble), la mortalité a été de 90,48 pour 100, un seul malade a survécu. Dans le groupe des tuberculoses *ganglio-pulmonaires*, il faut ranger 24 cas (2,22 pour 100 de l'ensemble) avec 10 décès (41,66), 8 survivants et 6 sur le sort desquels on n'a pu être fixé. 85 cas de tuberculose *bronchitique* et *emphysémateuse* ont donné une mortalité de 14 pour 100 dans les cas de tuberculose bronchitique aiguë et de 56 pour 100 dans les formes chroniques avec emphysème. Parmi les tuberculoses *pleurales* (10,15 pour 100 de l'ensemble, 109 cas) on trouve 32 cas de pleurésie sèche et de cortico-pleurite avec 7 décès, 13 survivants et 12 disparus; 69 observations de pleurésie séro-fibrineuse ou hémorragique avec 37 morts, 16 vivants et 16 introuvables et 8 pleurésies purulentes dont un seul n'a pas succombé. Les tuberculoses *pneumoniques* représentent 6,79 pour 100 de l'ensemble. Les 73 cas se répartissent en 3 pneumonies caséeuses avec 2 décès, 9 splénopneumonies tuberculeuses avec 3 morts, 5 vivants et 1 disparu et 61 broncho-pneumonies tuberculeuses dont tous les cas retrouvés ont succombé. Le groupe des tuberculoses nodulaires est de beaucoup le plus important, il représente 70,87 pour 100 des cas; 392 fois, la tuberculose nodulaire a pu être considérée comme discrète donnant cependant une mortalité de 70 pour 100 non compris les 13,79 pour 100 d'introuvables. Dans les 369 autres cas, la tuberculose nodulaire était étendue; parmi eux, on trouve 295 morts (79,94 pour 100), 35 vivants (9,48 pour 100), et 39 disparus (10,58 pour 100).

Robert Clément.

M. Jeanneney. ***7 cas de rhumatisme chronique ankylosant traités par parathyroïdectomie (5 succès)*** [*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. LIV, n° 12, 19 Mars 1933]. — Dans 4 cas de rhumatisme chronique déformant, 2 de rhumatisme ankylosant et une spondylose rhizomélique, l'ablation des 2 parathyroïdes a amené dans plus de la moitié des cas une sédation des signes fonctionnels et une régression marquée de certains signes physiques.

L'action sur la douleur est la plus évidente, elle est immédiate et se manifeste quelquefois dès le soir de l'opération. L'impotence fonctionnelle liée à la douleur est supprimée, d'où amélioration considérable des mouvements; par contre, l'impotence liée à des raideurs ou à des ankyloses ne cède pas ou très tardivement à ce traitement. Dans la polyarthrite ankylosante, le gonflement, l'œdème, la sclérodermie, les déformations articulaires sont améliorés.

La calcémie s'abaisse dès le lendemain de l'opération au taux normal ou au-dessous de la normale. L'aspect radiologique du squelette varie peu; dans un cas cependant, il semble qu'au bout de quelques mois, une légère recalcification se soit produite.

Dans un cas, l'amélioration se maintient depuis plus d'un an; dans d'autres, persistent de petits phénomènes douloureux.

Les malades qui ont le plus bénéficié de l'intervention sont ceux qui étaient atteints de polyarthrite ankylosante, douloureuse, chronique, sans passé infectieux, sans passé goutteux avec décalcification juxta-articulaire sur les radiographies et hypercalcémie.

Dans un cas, l'échec semble pouvoir être imputé à l'imperfection opératoire qui n'a pas permis d'enlever les thyroïdes ou bien parce qu'il s'agissait d'un rhumatisme tuberculeux.

Dans 2 cas, la mort est survenue au vingtième et au vingt-septième jour, une fois par pneumonie avec signes d'hypoparathyroïdie, par insuffisance parathyroïdienne tardive dans l'autre cas.

De ces faits, on peut déduire quelques indications: La parathyroïdectomie est surtout indiquée dans les polyarthrites ankylosantes pures, ni infectieuses, ni goutteuses avec hypercalcémie. Il semble prudent de n'intervenir d'abord que d'un seul côté; on complétera l'opération quelques jours plus tard. Le fait de ne pas trouver les parathyroïdes n'a pas une importance capitale si l'on prend soin de ligaturer les artères thyroïdiennes inférieures. Les accidents d'hypoparathyroïdie qui peuvent se manifester immédiatement après l'opération sont parfois graves: il faut administrer du calcium et de l'ergostérol irradié. Il faut être très prudent dans la mobilisation active et passive des articulations fixées devenues indolores.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Policard. ***La silicose pulmonaire et ses problèmes actuels*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 314, 5 Février 1933). — L'emploi de moyens mécaniques à grand rendement et à grande vitesse (scies, meules, etc.) a augmenté dans une proportion extraordinaire la production des poussières siliceuses et multiplié les cas de pneumoconiose dus à ces poussières. Seule intervient au point de vue étiologique la silice libre et non la silice combinée, les silicates; les particules de 1 μ et au-dessous semblent les seules capables de réaliser la pneumoconiose. Les formes minéralogiques de la silice libre sont le quartz, la tridimite et la cristobalite, l'opale, la chalcédoine et la silice vireuse ou quartz fondu exclusivement de nature industrielle; pratiquement, la silice libre est représentée par le quartz.

Le facteur tuberculose joue un rôle essentiel dans le développement de la silicose pulmonaire. En dehors des cas, les plus nombreux en pratique, de silico-tuberculose, on peut penser que les silicoses prétendues pures ne sont que des tuberculoses modifiées par l'inhalation de la silice.

Le diagnostic repose sur les notions étiologiques, le peu d'importance relative des symptômes fonctionnels accusés et l'image radiographique: aspect en tempête de neige à la période d'état, aspect pseudo-tumoral à la période terminale. Suivant qu'il s'agit d'une silicose proprement dite ou d'une silico-tuberculose, on observe ou non des bacilles dans l'expectoration.

Au point anatomie pathologique, la pneumoconiose à poussières siliceuses est caractérisée à la période d'état par le nodule silicotique et à la période terminale par la fibrose extensive.

On peut supposer qu'il y a d'abord formation dans les alvéoles, ou dans le tissu périadventiciel des bronches ou des vaisseaux, des petits granulomes qui se sclérosent ensuite. Le rôle joué par la tuberculose dans la formation de ces lésions et dans leur mécanisme pathogénique est un des problèmes à l'étude les plus intéressants.

Robert Clément.

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

Michel Salmon et **Jacques Dor** (Marseille). ***Arthrite suppurée du genou, à streptocoques, traitée par la ponction et l'injection de bactériophage*** (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, t. VII, n° 2, Février 1933). — Une arthrite purulente à streptocoques survenue au cours d'une septico-pyohémie qui compliquait une plaie de poitrine fut séchée rapidement par deux injections de bactériophage dans l'articulation. La ponction préalable avait retiré 40 cmc de pus la première fois, 20 cmc la seconde. La surveillance bactériologique du pus a montré la diminution parallèle de la flore microbienne.

Les A. discutent, à propos de cette observation, l'effet du bactériophage dans le traitement des arthrites suppurées. La ponction évacuatrice sim-

ple aurait-elle donné le même résultat ? S. et D. en doutent. Il est intéressant en tout cas de noter que deux ponctions-lavages ont guéri l'arthrite en quinze jours.

La méthode est à tenter avant l'acte opératoire, mais il est prudent de ne la faire qu'en milieu chirurgical, car elle est encore incertaine. En cas d'insuccès on ne devra pas hésiter à l'abandonner immédiatement.

MARCEL ARNAUD.

MARSEILLE MÉDICAL

H. Roger, Y. Poursines et M. Recordier. ***L'ostéo-arthropathie vertébrale tabétique; étude de 16 cas personnels*** (*Marseille Médical*, t. LXX, n° 2, 15 Janvier 1933). — R. et ses collaborateurs ont pu réunir 16 observations d'arthropathie vertébrale au cours du tabes. Ils en apportent ici l'histoire clinique et les radiographies et en dégagent les principales caractéristiques.

La forme la plus fréquente est l'ostéo-arthropathie lombaire, caractérisée par le tassement d'une, deux, et quelquefois trois, vertèbres entraînant une déformation vertébrale à type cypho-scoliotique. Si le début est dans quelques cas douloureux, les lésions arrivées à un certain stade de leur évolution frappent par leur indolence; le rachis garde sa mobilité pour tous les mouvements. Malgré l'intensité de la déformation rachidienne, les compressions ou irritations médullaires sont exceptionnelles; plus fréquents sont les signes de compression funiculaire, troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité et quelquefois troubles moteurs et amyotrophiques. Sur 8 examens du liquide céphalo-rachidien, celui-ci était normal 3 fois; 3 fois, il y avait une réaction méningée légère; dans un cas, l'hyperalbuminose considérable pourrait être le résultat d'une compression méningo-funiculaire d'origine osseuse. Dans 2 cas, on a pu constater la perméabilité de la voie sous-arachnoïdienne par le transit du lipiodol.

La forme lombarthrique, la forme de spondylose et la forme pseudo-ostéomalacique sont beaucoup plus rares.

Radiologiquement, on retrouve l'assemblage typique de lésions destructives parfois très accusées et de prolifération exubérante avec parfois, dislocation presque complète de la colonne vertébrale.

L'ostéoarthropathie vertébrale se voit surtout chez l'homme, au voisinage de la cinquantaine, alors que le début du tabes remonte à de longues années. Le traumatisme souvent invoqué peut être la cause apparente d'une arthropathie du rachis plus ou moins latente. L'ostéoarthropathie vertébrale ne paraît pas aggraver d'une façon considérable le pronostic du tabes.

ROBERT CLÉMENT.

LE SUD MÉDICAL ET CHIRURGICAL
(Marseille)

E. Cassoute. ***Le bilan de vingt-cinq années de lutte contre la mortalité infantile à Marseille*** (*Le Sud médical et chirurgical*, t. LXV, n° 2, 15 Février 1933). — Grâce aux efforts conjugués de l'Œuvre des Nourrissons dont les consultations de nourrissons ont surveillé 5.593 enfants en 1931, soit plus de la moitié des enfants nés à Marseille durant cette année, et qui comprend, en outre, des consultations prénatales et des infirmières visiteuses; de la crèche des Enfants assistés réorganisée en 1920 et d'un Abri maternel qui diminue l'allaitement artificiel et les abandons, on a pu constater dans ces dernières années, une baisse très sensible de la mortalité infantile à Marseille. La proportion des décès par rapport aux naissances était en 1906 de 20 pour 100, elle est passée en 1925 à 13,65; en 1927, à 11,68; en 1930, à 7,65 pour arriver en 1931 à 5,03, soit à une baisse de mortalité de plus de 75 pour 100 par rapport à 1906. Pour l'ensemble des enfants hospitalisés à l'Abri maternel et aux Enfants abandonnés, la mortalité a passé de 57,32 pour 100 en 1920, à 30 pour 100 en 1925, à 12 pour 100 en 1929 et à 6,70 pour 100 en 1932 alors que l'effectif diminuait de 696 en 1920 à 462 en 1932.

Ces résultats placent la ville de Marseille dans la catégorie de celles qui ont une faible mortalité pour les enfants du premier âge.

ROBERT CLÉMENT.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD
(Lille)

H. Paucot. ***Traumatisme et fécondation. Réflexions sur le mode d'action de certains traitements de la stérilité*** (*L'Echo médical du Nord*, t. XXXVII, n° 5, 4 Février 1933). — P. rapporte les observations de 2 femmes de 29 et 31 ans qui, involontairement stériles, depuis six ou sept ans de mariage, présentèrent une grossesse à la suite de secousses prolongées (voyages à motocyclette, ou sur un camion mal suspendu) ayant déclanché une reprise presque hémorragique des règles qui venaient de finir.

Le fait de voir venir inopinément une grossesse après plusieurs années d'involontaire stérilité n'est pas très rare, mais on peut se demander si la poussée congestive au niveau des organes génitaux, provoquée par des secousses répétées, n'est pas susceptible de favoriser la fécondation. Un traumatisme susceptible d'intensifier la circulation pelvienne et d'y créer un état congestif peut modifier l'inertie et la flaccidité tubaire préjudiciables à la mission physiologique de la trompe de happer l'ovule après la déhiscence du follicule. Il est possible que la provocation d'un état congestif intervienne pour une part dans les divers traitements de la stérilité, notamment dans la dilatation du col par laminaire. L'insufflation tubaire oxygénée, la salpingographie au lipiodol, le massage et la diathermie déterminent un état congestif moins intense et moins brutal, mais évident et agissent peut-être de même façon en déterminant une réaction de vascularisation, en provoquant des contractions qui suppriment la fâcheuse inertie de l'appareil tubaire.

En se basant sur l'utilité d'une poussée congestive, provoquée et mesurée, on peut produire par diverses méthodes une gamme de réactions pour obtenir la guérison de la stérilité.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Weissenbach, Georges Basch et Marianne Basch. ***Les formes cliniques du syndrome de Thibierge-Weissenbach: concrétions calcaires des sclérodermies*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. IV, nos 1 et 2, Janvier-Février 1933). — Les concrétions calcaires des sclérodermies, ou *syndrome de Thibierge-Weissenbach*, peuvent s'observer dans les sclérodermies diffuses ou circonscrites.

Dans les sclérodermies progressives à début sclérodactylique, les concrétions calcaires apparaissent surtout à l'âge moyen de la vie chez des femmes atteintes de syndrome de Raynaud et de troubles thyro-ovariens; elles sont uniquement sous-cutanées et localisées aux membres (pulpe des doigts et face d'extension des autres segments). Ces concrétions s'éliminent en général et cette élimination est suivie de cicatrisation rapide sans infection secondaire; les lésions des muscles et du squelette sont rares. L'évolution est très lente et le pronostic favorable.

Dans les sclérodermies œdémateuses avec sclérotendinite et scléromyosite, les calcifications surviennent chez des sujets jeunes, localisées aux segments supérieurs des membres et au tronc; elles sont étendues en surface et en profondeur (calcifications musculaires). La gravité des lésions musculaires et l'atteinte profonde de l'état général assombrissent le pronostic.

Dans les sclérodermies en plaques et en bandes, les concrétions sous-cutanées ou cutanées siègent au niveau des lésions sclérodermiques; leur évolution est lente et bénigne.

Les concrétions sont fréquemment associées avec des manifestations rhumatismales; il s'agit soit de rhumatisme déformant, soit plus souvent de périarthrite fibreuse.

On peut aussi observer les concrétions calcaires en même temps que des manifestations relevant d'un hypofonctionnement des parathyroïdes (tétanie fruste avec ou sans cataracte).

La radiographie permet de déceler nettement les concrétions sous-cutanées qui se présentent sous la forme de grains, de nodules ou de plaques; parfois on note également une tendinite, une synovite et périsynovite calcifiante, et des calcifications aponévrotiques et musculaires.

Le calcium du sérum sanguin est normal ou subnormal ; l'hypercalcémie n'est pas la règle. Le phosphore inorganique peut être normal, augmenté ou diminué. Le cholestérol est augmenté. L'état physico-chimique du sang est ordinairement normal.

Les concrétions calcaires (carbonate et phosphate de chaux) ne doivent pas être confondues avec les tophi uratiques des goutteux, les tumeurs cutanées calcifiées, les phlébolithes, les ostéomes vrais cutanés.

Certaines concrétions calcaires accompagnent des affections voisines de la sclérodermie : syndrome de Raynaud, atrophies cutanées diffuses, atrophies maculeuses.

Le diagnostic des sclérodermies œdémateuses avec calcinose musculaire se pose avec la myosite ossifiante.

R. BURNIER.

Carle. ***Les conceptions modernes sur la transmission héréditaire de la syphilis*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. IV, n° 2, Février 1933). — Actuellement la presque unanimité des auteurs admettent que la mère d'un nouveau-né syphilitique est toujours syphilitique. La loi de Colles, exacte dans ses conséquences, est fausse dans son interprétation : une mère syphilitique, même d'apparence saine, peut toujours allaiter sans crainte son nourrisson syphilitique, parce qu'elle est protégée par sa propre syphilis.

Les quelques exceptions à la loi de Colles doivent être aujourd'hui vérifiées à la lumière de la notion nouvelle des superinfections : un organisme syphilisé pouvant encore réagir à une inoculation par un accident à forme secondaire ou secondo-tertiaire. Nombre de cas publiés autrefois comme chancre du mamelon étaient sans doute des réinfections. La dizaine de cas publiés dans ces dernières années d'exceptions à la loi de Colles ne doit pas entraver l'application des directives du médecin, lequel, en 1932, a le droit absolu d'autoriser la mère d'un enfant syphilitique à allaiter son enfant et le devoir, non moins absolu, de traiter cette femme, même si elle ne présente aucun symptôme suspect.

La contamination héréditaire de l'enfant par le père, si elle existe, est très rare; la présence du tréponème dans le sperme est très controversée; on ne voit pas très bien le tréponème, dont le volume est 3 à 4 fois supérieur à celui de la tête

Hyperchlorhydrie
Gastralgies-Dyspepsies
Ulcérations gastriques
Fermentations acides

SEL DE HUNT

Véritable "SEL DE HUNT"
TENIR AU SEC
EVITER LES CONTREFAÇONS
EXIGER LA BANDE DE GARANTIE

ANTI-DYSPEPTIQUE
ANTI-GASTRALGIQUE
RÉGULATEUR DE L'ACIDITÉ DES FONCTIONS DIGESTIVES

SEL DE HUNT
COMPOSÉ
GRANULÉ FRIABLE

A base de Sels Absorbants ... "HUNT" marque déposée. Le Sel de Hunt est composé et dosé de telle sorte qu'il neutralise l'Hyperacidité et calme les crises douloureuses

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16 Rue de Boulainvilliers — PARIS
M. CHASSIN Pharmacien-Chimiste
Dans toutes les Pharmacies de FRANCE & de l'ÉTRANGER

LABORATOIRES
ALPH. BRUNOT
16, rue de Boulainvilliers
PARIS

du spermatozoïde, logé dans cette tête, à moins d'admettre avec Hochsinger que le tréponème y pénètre sous une forme granulaire, ultramicroscopique, avec développement normal consécutif.

Quant à la syphilis conceptionnelle, elle a disparu depuis les recherches sérologiques et elle n'a plus qu'un intérêt historique.

Les lois de Colles et de Profeta ne peuvent plus être admises dans leur conception ancienne. L'enfant né d'une mère syphilitique est habituellement syphilitique lui-même, malgré ses apparences de santé. Mais une mère anciennement syphilitique et bien traitée peut fort bien donner le jour à un enfant bien portant, qui prendra plus tard la syphilis par ses propres moyens.

R. Burnier.

Markianos. ***La bacillémie et la fièvre lépreuse*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. IV, n° 3, Mars 1933). — La bacillémie lépreuse, signalée pour la première fois par Gougerot en 1906, n'est pas encore admise par tous les auteurs.

M. a étudié cette question à la station antilépreuse d'Athènes et il conclut qu'il existe au cours de la lèpre une bacillémie et une fièvre lépreuse. La bacillémie est de règle dans les formes tubéreuses de la lèpre au cours des accès fébriles; il en est de même dans les formes maculeuses et mixtes. Mais on n'observe pas le bacille de Hansen dans le sang dans les formes purement nerveuses. Il existe une bacillémie larvée et latente dans les formes de lèpre tubéreuse généralisée, sans réaction fébrile.

Pour dépister le bacille de Hansen dans le sang, c'est le procédé de la goutte épaisse de sang qui donne les meilleurs résultats; après déshémoglobinisation à l'alcool au tiers et fixation par l'alcool absolu et à la flamme, on colore à la fuchsine par la méthode de Ziehl; on peut ainsi trouver dans le même frottis des paquets de bacilles de Hansen colorés en rouge, et le plasmodium de Laveran, si le malade est également paludéen.

Le traitement de la bacillémie et de la fièvre lépreuse reste purement symptomatique (aspirine, quinine, caféine).

R. Burnier.

Cl. Simon, Bralez, Durel et **Pereton.** ***Cervico-vaginite hémorragique et ulcéro-membraneuse au cours d'un traitement bismuthique; stomatite concomitante*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. IV, n° 3, Mars 1933). — S., B., D. et P. ont observé chez une femme traitée par le bismuth oléo-soluble une stomatite bismuthique avec haleine fétide, plaques bleues, liséré et légères ulcérations bucco-linguales, et en même temps une ulcération du col utérin, noyé dans un magma purulent, sanguinolent et noirâtre. Il existait sur la paroi vaginale des grains bleus, qui semblent devoir être rapportés à des dépôts de bismuth dans les capillaires.

Cette ulcération cervico-vaginale, rare au cours du traitement bismuthique, paraît être due à la chute d'une escarre par thrombo-capillarite, causée par une accumulation de bismuth dans les capillaires. Il ne semble pas, en effet, s'agir d'ulcérations septiques; on n'a trouvé ni bacillus crassus, ni fuso-spirilles, ni microbes en quantité notable.

R. Burnier.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

H. Hirschfeld. ***Leucémies chroniques sans augmentation de volume de la rate, ni des ganglions*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 34, 19 Août 1932). — L'absence de tuméfaction splénique ou ganglionnaire dans la leucémie aiguë n'est pas rare. Il en est tout autrement dans les leucémies chroniques. Dans la variété myéloïde, la splénomégalie est presque toujours considérable dès le premier examen. Dans la forme lymphoïde, la tuméfaction ganglionnaire est souvent plus discrète, mais elle est cependant suffisante pour attirer l'attention. Dans les cas rapportés par A., au contraire, l'examen hématologique a été une surprise et a seul permis le diagnostic.

Les observations de leucémies myéloïdes sans splénomégalie sont au nombre de trois.

La première concerne un malade qui présentait à la fois des signes de tumeurs cérébrales multiples et un purpura. Malgré l'absence de toute splénomégalie, le sang présentait une formule typique de leucémie myéloïde. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un chlorome. La rate était à peine augmentée de volume.

Chez les deux autres malades, hospitalisés pour des syndromes douloureux abdominaux, ni l'examen clinique, ni l'examen radiologique ne permettaient de mettre en valeur la moindre augmentation de volume de la rate, et cependant la formule hématologique était typique (leucocytose de 134.000 dans le premier cas, de 60.000, puis de 158.000 dans le second). Le premier malade est mort trois ans après le premier examen, avec une splénomégalie cliniquement discrète; mais, sur la La seconde est morte un an plus tard, avec une splénomégalie cliniquement discrète; mais, sur la table d'autopsie, la rate pesait 920 gr. H. se demande si les cas de leucémie myéloïde sans splénomégalie ne passent pas inaperçus plus souvent qu'on ne le croit.

Les observations de leucémies lymphatiques sans adénopathie sont au nombre de 5. Dans les trois premières, l'examen hématologique a été pratiqué à l'occasion d'un état d'asthénie ou d'anémie mal déterminé. Dans les deux dernières, la leucocytose lymphocytaire a été constatée chez des vieillards atteints d'érysipèle, chez lesquels elle a constitué une surprise. Cette leucocytose lymphocytaire a persisté après la guérison de l'érysipèle. Dans ces 5 observations, le premier examen ne permettait de constater ni tuméfaction splénique, ni tuméfaction ganglionnaire.

H. ne se prononce pas sur l'interprétation de ces cas anormaux: les lésions spléniques et ganglionnaires font-elles réellement défaut? Ou bien restent-elles, au début de l'évolution de la maladie, purement histologiques?

Ces faits montrent que l'examen hématologique des malades devrait être toujours pratiqué, au même titre que l'examen des urines.

J. Mouzon.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Berlin)

St. Kostakow et **A. Slauck.** ***Traitement de la dystrophie musculaire progressive par le glycocolle*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 1, 20 Février 1933). — K. et S. rappellent tout d'abord que Thomas a été le premier à faire remarquer que le glycocolle administré par la bouche représente une thérapeutique causale de la dystrophie musculaire. Ils exposent ensuite qu'ils ont procédé à des recherches cliniques sur 11 cas dont 7 présentaient de la dystrophie musculaire progressive accompagnée de pseudo-hypertrophie et d'atrophie. Les 4 autres malades étaient des sujets de contrôle atteints de syringomyélie, de myotonie atrophiante et de rhumatisme articulaire avec atrophie par inactivité. Au cours de ces recherches cliniques, il a été administré, à titre d'épreuve, de la créatine pour savoir comment cette substance est utilisée. D'autre part, les doses quotidiennes de glycocolle ont été de 3 fois 5 grammes sauf chez un garçon de 5 ans à qui on en a donné seulement 2 fois par jour. On a déterminé ainsi, chez les 7 malades, une augmentation de la créatinurie. Cette augmentation s'est produite assez rapidement pour atteindre au bout de la première semaine un chiffre double ou triple de celui qui était constaté au début. Il a été ainsi observé que chez les sujets qui éliminaient en totalité la créatine qui leur avait été administrée à titre d'épreuve, le glycocolle a également provoqué une augmentation particulièrement considérable de la créatinurie. Il y a pourtant eu une exception à cette règle chez un malade qui a cependant bénéficié du traitement.

L'augmentation provoquée par le glycocolle a toujours été observée même chez des malades qui, à l'origine, présentaient une forte créatinurie. Cet effet de la médication s'est poursuivi pendant un temps variant de quinze jours à trois semaines. En général, à ce moment, bien qu'on continuât à administrer du glycocolle, la créatinurie a baissé pour revenir à son taux initial. D'une façon générale, au bout de la quatrième semaine, la créatinurie du glycocolle avait disparu.

La suppression du glycocolle, au bout de cinquante jours dans un cas et de soixante-cinq jours dans l'autre, a déterminé une augmentation progressive de la créatinurie qui a fini par atteindre le taux initial. Sous l'influence d'une nouvelle cure de glycocolle, on a constaté la même amélioration qu'au cours de la première cure.

Au point de vue clinique, les malades accusent des fourmillements, des sensations de tension parfois assez désagréables dans les muscles. On observe également des contractions fasciculaires et des mouvements des muscles qui se régénèrent. En même temps, les sensations de faiblesse disparaissent. De plus, tandis que les muscles purement atrophiques augmentent de volume, les muscles présentant de la pseudo-hypertrophie diminuent de volume. Les malades recommencent à marcher, à faire de la bicyclette, à monter des étages, etc. Chez l'enfant de 5 ans, la circonférence de la cuisse a augmenté de 3,5 cm. tandis que, au contraire, celle des mollets diminuait de 5 ou de 6 cm.

En terminant, K. et S. remarquent que les effets favorables du glycocolle dans la dystrophie musculaire sont actuellement démontrés et que ce traitement peut encore s'appliquer à d'autres cas. Ainsi, des résultats favorables ont été observés dans la myasthénie, dans les myéloses compliquées de myasthénie, dans les paralysies infantiles, etc.

P.-E. Morhardt.

DER CHIRURG
(Berlin)

O. Stör (Tübingen). ***Erreurs de technique et accidents dans la pratique des injections sous-cutanées, intra-musculaires et intra-veineuses*** (*Der Chirurg*, An. V, n° 5, 1er Mars 1933). — A une époque où la pratique de la thérapeutique par voie hypodermique ou intraveineuse se développe de plus en plus, il n'était pas sans intérêt de jeter un regard en arrière pour faire le bilan d'une méthode dont l'innocuité ne se révèle pas absolue. Tel est le but du copieux travail de Stör, qui comporte, outre l'étude du très gros matériel de la clinique de Kirschner, le fruit d'une enquête auprès de 70 compagnies d'assurances allemandes.

S. commence par envisager les troubles généraux consécutifs à la méthode hypodermique, en rappelant les accidents connus mais rares, tels que shock, collapsus, thromboses à distance, dermatites, etc. Il émet également l'hypothèse d'un rapport entre la multiplication des injections intraveineuses et la recrudescence des accidents phlébo-emboliques post-opératoires.

Plus intéressante est l'étude des accidents imputables aux diverses injections. Nous passerons

brièvement sur ceux consécutifs à la voie hypodermique, tels que nécroses ou abcès, dont la cause réside dans une injection faite trop près du derme ou dans l'utilisation d'une solution mal préparée, s'il ne s'agit pas d'une faute d'asepsie.

Les injections intra-musculaires peuvent être responsables de troubles douloureux ou de véritables névrites, lorsque la solution a été poussée au voisinage immédiat d'un nerf, tel que le sciatique ou le radial. Point n'est besoin, du reste, que le nerf soit directement traumatisé, si la solution s'infiltre vite au voisinage du tronc nerveux. Les sels métalliques, arsenicaux, le somnifène, semblent à ce point de vue jouer un rôle très particulier, notamment chez les sujets maigres et dont la musculature est atrophiée. Encore plus intéressants sont les accidents consécutifs à la méthode intraveineuse. En dehors, en effet, des désordres liés à la pénétration dans le tissu cellulaire de la solution, et des escarres qui en résultent (salvarsan, trypaflavine, etc.), S. insiste sur les thromboses liées à l'altération de l'endo-veine par les substances médicamenteuses. Des thromboses locales ou à distance peuvent s'observer à la suite d'injections d'arsenic, de calcium, etc., et la possibilité d'embolies pulmonaires n'est pas exceptionnelle.

Le point capital du travail a trait essentiellement aux injections intra-artérielles. Il s'agit en l'espèce d'erreurs de technique dont l'existence surprend au premier abord. Cependant S. en retrouve 7 cas dans la littérature, suivis de gangrène, plus un cas de la clinique de Tübingen. Il s'agissait d'une injection de tétraiode pour cholécystographie. Par suite d'une faute de technique, la substance fut injectée dans l'artère cubitale. Elle entraîna rapidement une gangrène du membre, que n'enraya pas l'artériectomie, et qui entraîna l'amputation. Cette dramatique observation fort bien analysée, tant cliniquement qu'histologiquement, incita S. à faire des recherches expérimentales, dont on trouvera dans son travail le compte rendu intégral. Elles prouvent qu'il suffit de la pénétration de quelques gouttes d'une solution irritante pour provoquer un épaississement de l'endartère par apport de dépôts fibrineux. Cette oblitération même partielle peut déterminer des troubles vasculaires importants, surtout s'il intervient une altération primitive de l'artère (athérome).

Telles sont les réflexions de l'auteur et je n'insiste pas sur l'intérêt qu'elles présentent à une époque où la responsabilité médicale est mise à si rude épreuve.

J.-Ch. Bloch.

K. E. Herlyn (Göttingen). ***L'examen radiologique de l'appendice. Résultats de 304 examens radiologiques et de 154 appendicectomies*** (*Der Chirurg.*, An. V, n° 6, 15 Mars 1933). — Les résultats de l'examen radiologique de l'appendice, contrôlés par l'intervention et l'examen histologique, permettent à H. d'aboutir à des conclusions assez intéressantes.

Au point de vue technique, H. utilise le lavement baryté avec examens successifs. Le deuxième examen, le plus important, a lieu trois à quatre heures après le premier. Il importe de ne pas conclure sur les données d'un seul examen et d'explorer dans diverses positions avec ou sans compression.

Visibilité de l'appendice. — Sur 304 examens, on a pu voir l'appendice 184 fois. La proportion est importante. Sur 184 appendices visibles 103 ont été opérés.

Sur 120 appendices non visibles, 73 ont été opérés et l'opération a révélé des lésions certaines dans 57 cas. D'où la conclusion attendue que la non-visibilité de l'organe n'exclut pas son inflammation.

Signes tirés de l'examen objectif de l'appendice. — H. étudie ici en détail les signes qui permettent de différencier l'appendice sain de l'organe pathologique. Il s'agit en l'espèce d'une description détaillée, qui ne peut être faite dans ce court résumé et dont nous donnerons l'analyse détaillée dans le *Journal de Chirurgie.* Insistons seulement sur certains points particuliers. L'étude du remplissage et de la forme de l'organe permet souvent de penser à des troubles pathologiques. C'est ainsi que l'appendice pathologique est souvent étiré, irrégulier, que sa pointe se remplit mal. Des coudures, un amincissement de l'ombre au niveau du point d'implantation, peuvent être le témoin d'adhérences. L'étude de la mobilité de l'organe et de sa situation vis-à-vis du cæcum ou des os du bassin peuvent permettre d'induire à son état pathologique.

L'étude du remplissage, de l'évacuation et de la mobilité propre de l'organe constituent des points intéressants et peu connus jusqu'à ce jour. Il n'est pas jusqu'à la radiographie en série qui ne fasse l'objet d'une courte description.

Sans insister sur les signes classiques de la douleur à la pression, des anomalies de position et des troubles dans le remplissage du cæcum, liés à des adhérences, il nous a semblé que ce travail méritait d'être lu, et nous conseillons de jeter un coup d'œil sur les intéressantes radiographies qui y sont reproduites.

Les conclusions de H. sont très prudentes. La radiographie de l'appendice n'est qu'un complément de l'examen clinique. Elle ne permet aucunement à elle seule de poser l'indication opératoire. Elle peut faire éviter des opérations inutiles, ou renforcer l'indication opératoire, dans les cas où elle aboutit à des résultats objectifs.

J.-Ch. Bloch.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Leipzig)

O. Wustmann. ***Recherches expérimentales sur le dessin en relief du système nerveux central, sur image radiographique, au moyen du thorium*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXXXVIII, n°s 9-10, Janvier 1933). — Avec une nouvelle préparation à base de thorium, le dioxyde de thorium ou 1073α, W. a pu obtenir de très beaux clichés de circonvolutions cérébrales chez le chien, le singe, et sur des cadavres humains; la nouvelle préparation de thorium est injectée dans le liquide céphalo-rachidien et paraît être bien supportée par les animaux en expérience. Les détails des circonvolutions cérébrale et cérébelleuse chez un chien sont particulièrement bien venus sur la plaque radiographique. Jusqu'ici aucun essai n'a été fait sur un être humain.

P. Wilmoth.

Werner Schulze (Münich). ***Recherches sur le ligament pulmonaire*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXXXIX, n°s 1-4, Janvier 1933). — S. appelle *ligament pulmonaire* le repli pleural étendu, transversalement, du hile pulmonaire au diaphragme, à droite comme à gauche, et que les anatomistes français décrivent sous le nom de *ligament triangulaire.* Il admet que, au cas de l'échec du pneumothorax dans le traitement des lésions tuberculeuses du lobe supérieur, le collapsus pulmonaire incomplet tient à ce fait: le poumon reste solidement amarré au médiastin et au centre phrénique par ledit ligament pulmonaire. Comme il ne peut être question de sectionner ce ligament, le seul moyen d'annihiler son action, c'est d'obtenir l'ascension paralytique du diaphragme correspondant par la résection du nerf phrénique. Quelques radiographies sont publiées à l'appui de cette conception du rôle du ligament pulmonaire.

Au point de vue physiologique, S. admet que les deux ligaments pulmonaires assurent la stabilité médiane du médiastin, et que l'union interne du ligament droit avec le diaphragme droit, lors de la contraction du muscle, favorise l'arrivée du sang dans les cavités cardiaques droites.

P. Wilmoth.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG (Leipzig et Dresde)

E. Melik-Gulnassarian (Krasnodar). ***A propos des bruits de frottement extra et intra-péricardiques*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXV, n° 4, 15 Février 1933). — M., tablant sur 68 cas personnels, fait une étude d'ensemble des bruits de frottement extra et intra-péricardiques.

Ils peuvent s'observer pendant les deux silences du cœur, mais ne sont pas étroitement en rapport avec les phases du fonctionnement cardiaque. C'est pendant la mésosystole et la télésystole, et parfois aussi pendant la protodiastole, qu'on les observe le mieux, ce qui s'explique par le rapprochement plus grand de la surface du cœur et du péricarde à ce moment.

De caractère le plus souvent bruyant, intermittent, ils ont plus rarement un timbre soufflant, rappelant un souffle d'endocardite, soit mitrale, soit aortique, exceptionnellement un roulement protodiastolique. Fréquemment ils ont le caractère bref, sec et vibrant d'un claquement. L'intensité du claquement d'origine extra ou intrapéricardique varie depuis un bruit ébauché jusqu'à un bruit vibrant, perceptible à la main et s'entendant parfois à distance du sujet.

Ces différences tiennent à de nombreux facteurs, et surtout au degré de contact entre les deux feuillets du péricarde ou entre la plèvre et le péricarde, à l'amplitude des excursions du cœur, à la localisation et au caractère des modifications présentées par les surfaces péricardiques ou pleurales qui entrent en frottement.

Le bruit intrapéricardique de frottement se perçoit souvent le mieux à la base du cœur, surtout du côté gauche, et il s'accentue en faisant pencher le malade en avant. Quant aux bruits extrapéricardiques, leur dépendance des mouvements respiratoires, et souvent aussi de l'attitude du patient, a une grande importance.

Les bruits de claquement méso-télésystoliques et même protodiastoliques se produisent dans les péricardites et les pleurites circonscrites aiguës ou chroniques s'accompagnant de la formation de brides et de cordages, par suite de la tension de ceux-ci ou du contact des surfaces modifiées des séreuses. Le siège des péricardites et des pleuro-péricardites circonscrites répondant aux parties du cœur ayant l'excursion la plus grande a une grande importance pour la production de ces claquements. On les rencontre le plus souvent lorsque les modifications pathologiques atteignent la pointe du cœur, la partie centrale de la paroi antérieure du ventricule droit, l'origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire, les oreillettes.

D'après les constatations de M., le degré de contact des deux feuillets du péricarde est plus accentué lorsque le cœur bat lentement. L'amplitude des excursions du cœur est optimum quand le rythme cardiaque est modéré ; elle diminue avec la tachycardie et la bradycardie.

Les caractéristiques du claquement systolique d'origine extra ou intra-péricardique sont son timbre élevé, bref, tranché, claquant, bien rendu par le son K, et sa situation mésosystolique ou télésystolique (takta), ce qui le différencie du dédoublement banal du premier bruit, qui rappelle davantage un bruit de clapet et est situé dans la première moitié de la systole, ainsi que du claquement d'ouverture de la mitrale qui est situé loin du deuxième bruit. Le claquement protodiastolique d'origine extra ou intrapéricardique peut res-

sembler de très près au claquement d'ouverture de la mitrale ; dans ce cas on trouvera les autres signes du rétrécissement mitral.

P.-L. Marie.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Buschke, Spanier et Pfleger. *Une modification de l'épilation par le thallium* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 7, 18 Février 1933). — B., S. et P. estiment que les accidents qui ont été signalés au cours du traitement par le thallium seraient moins fréquents si on examinait mieux les enfants à épiler et si on surveillait attentivement la dose à administrer.

L'association de l'emploi du thallium et de la radiothérapie, qu'ils avaient préconisée, n'a pas donné des résultats constants, bons chez certains auteurs, mauvais chez d'autres.

Ils se sont demandé si les glandes à sécrétion interne ne jouaient pas un rôle dans les accidents du thallium. Chez de jeunes souris et de jeunes rats, ils ont constaté que la thyroxine rend l'animal plus sensible au thallium, alors que l'administration de thymus permet de dépasser la dose mortelle qui est de 0 milligr. 8 chez la souris et d'atteindre 0 milligr. 9.

Ils essayèrent cette méthode chez l'enfant et donnèrent, avant l'administration de thallium, 3 à 4 injections de 1 cmc de thymoglandol tous les deux jours. Un certain nombre d'enfants reçurent du thymus, alors que d'autres n'en eurent pas; les résultats furent très variables, si bien qu'il est impossible actuellement de tirer une conclusion définitive de cette méthode.

Balog (Le Caire). ***Nouveau cas de gangrène infectieuse du scrotum causée par le bacille de la gangrène cutanée de Milian*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 7, 18 Février 1933). — Un homme de 50 ans entre à l'hôpital avec un état infectieux grave: frissons, fièvre élevée, douleurs scrotales, courbature, asthénie. Les bourses sont gonflées, de coloration brunâtre, d'un gris sale; elles sont en partie nécrosées et dégagent une odeur nauséabonde. Les tissus mortifiés, œdématiés, gardent la pression du doigt. La nécrose a envahi presque toutes les bourses, sauf la paroi postérieure, et le tissu mortifié est séparé du tissu sain par une limite très nette. Les ganglions inguinaux sont gonflés et douloureux. La fièvre s'élève à 38°-39°.

On excisa un fragment de la partie nécrosée et la sérosité sanguinolente qui s'écoula fut ensemencée sur des tubes de gélose; au bout de vingt-quatre heures on constata dans tous les tubes un petit bâtonnet ne prenant pas le Gram qui avait poussé en culture pure et qui put être identifié avec le *Bacillus gangrenae cutis* de Milian.

Des enveloppements faiblement antiseptiques furent appliqués sur le scrotum; les parties mortifiées se détachèrent et les ulcérations sous-jacentes se cicatrisèrent par bourgeonnement en trois semaines.

R. Burnier.

Strauss. *L'étiologie des sténoses vénériennes du rectum* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 7, 18 Février 1933). — Autrefois le gonocoque et la syphilis étaient les 2 causes de rétrécissements du rectum. Depuis les travaux de Frei, on connaît la fréquence de la réaction de Frei positive dans ces rétrécissements, qui ont ainsi été rattachés à la lymphogranulomatose inguinale.

Sur 72 cas de rétrécissements du rectum recueillis par Frei et Koppel, Kleeberg, Bensaude et Lambling, Bartels et Biberstein, Fischer et Schmidt-La Baume, Meyer, Lutz, Jersild, Strauss, Langer et Engel, 69 montraient une réaction de Frei positive.

Ces rétrécissements sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Sur 1.128 cas recueillis par Schreiner-Bienert, on note seulement 397 hommes et 2 enfants. Or la lymphogranulomatose inguinale est plus fréquente chez l'homme, à la suite d'infection génitale.

Chez la femme, il faut éliminer une infection vulvaire qui aboutirait également aux ganglions inguinaux; il faut admettre une infection vaginale qui se transmet aux ganglions pelviens, entraînant une stase lymphatique du rectum, une hyperplasie consécutive de la muqueuse rectale et une réaction du tissu conjonctif du bassin dans le sens d'une diathèse fibroplastique.

La syphilis et la blennorragie peuvent d'ailleurs venir se joindre à la troisième maladie vénérienne pour déterminer ce rétrécissement du rectum, car il n'est pas rare de trouver ces 3 maladies réunies chez la même malade.

Comme complications de ces sténoses, on peut noter l'existence de fistules décelables par la radiographie après injection de collargol, et dans des cas rares, la dégénérescence amyloïde, en cas de suppuration chronique des fistules avec septicémie.

R. Burnier.

Polak. *Lymphogranulomatose inguinale et urétrite non spécifique* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 7, 18 Février 1933). — P. a eu l'occasion d'observer à Java un certain nombre de cas de maladie de Nicolas-Favre; dans beaucoup de cas, l'ulcération ou l'érosion génitale primitive faisait défaut; parfois il s'agissait de cas mixtes dans lesquels le Ducrey intervenait et qui réagissaient au traitement par le Dmelcos.

Mais P. attire l'attention sur une *urétrite* muqueuse ou muco-purulente qu'il a observée dans 3 cas de lymphogranulomatose inguinale et qui paraît être la manifestation primitive de la maladie. Dans la sécrétion urétrale, on ne trouvait pas de gonocoques, parfois quelques courts bâtonnets; toutes les réactions de Pirquet, Wassermann, les recherches de Ducrey, des tréponèmes, l'intradermo-réaction au Dmelcos étaient négatives; seule la réaction de Frei était positive.

Le traitement de ces malades par le Dmelcos ne donna aucun résultat; seul un traitement stibié (néostibosan) amena la guérison des adénites et de l'urétrite.

R. Burnier.

Ruete. *Au sujet du pityriasis versicolor avec dépigmentation* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 10, 11 Mars 1933). — On a discuté beaucoup pour savoir si dans le pityriasis versicolor à taches décolorées, il s'agissait d'une pseudo-leucodermie ou d'une leucodermie véritable. Récemment Gougerot et ses élèves ont montré qu'il s'agissait d'une dépigmentation, en se basant sur divers arguments cliniques; mais ils n'apportèrent aucune preuve histologique.

R. a pu biopsier un fragment de pityriasis versicolor chez un malade qui avait des taches blanches et il constata sur les coupes la présence de microsporon furfur; là où les amas de champignons étaient plus importants, le pigment faisait défaut dans les cellules basales; ce fait était nettement visible sur les coupes colorées au Gram ou mieux à la dopa. Il existait également sur la coupe une légère infiltration dans la couche papillaire et une infiltration plus marquée autour des vaisseaux.

La question de la dépigmentation dans le pityriasis versicolor est donc jugée.

R. Burnier.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

Lœwenstein. *Bacillémie tuberculeuse au cours des maladies du système nerveux* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 8, 24 Février 1933). — Partant des constatations positives faites dans le sang des sujets atteints de maladie de Bouillaud, L. a continué ses recherches chez des malades présentant des tuberculoses cutanées et des tuberculides; il a trouvé une proportion de 100 pour 100 d'examens positifs dans le lupus érythémateux.

Il s'est adressé tout d'abord à des malades présentant soit des amygdalites, soit une chorée, ces deux affections semblant apparentées au R.A.A. Le bacille n'a été retrouvé que tout à fait au début de l'évolution de la chorée. L. a alors exploré à ce point de vue des sujets atteints de démence précoce, l'infection tuberculeuse étant démontrée d'après les statistiques nécropsiques dans une proportion de 67 pour 100. Sur 359 cas, la culture du sang se montra positive 142 fois; il faudrait néanmoins retrancher de ces chiffres tous les cas dans lesquels évoluait déjà une tuberculose pulmonaire, fréquente chez les malades d'asile, et particulièrement chez les déments précoces. Les inoculations au cobaye du liquide céphalo-rachidien de schizophrène se sont montrées positives dans 7 cas sur 50. Enfin des résultats positifs furent également obtenus dans des cas de scléroses multiples, de névrite rétro-bulbaire, de choroïdite, et même d'ophtalmie sympathique.

G. Basch.

Januschke. *Traitement du cancer à l'aide d'extraits glandulaires* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 8, 24 Février 1933). — A la suite des travaux de Zondek et de Hartoch relatant les résultats favorables du traitement par le prolan de femmes atteintes de cancer inopérable, J. s'est livré aux essais suivants: il a traité avec de bons résultats une femme de 70 ans atteinte d'un cancer inopérable du sein en lui prescrivant une association médicamenteuse digitaline-caféine, et en outre des extraits testiculaires puis ovariens. Sous l'action de ces divers médicaments l'état de la malade se serait à ce point amélioré qu'elle serait devenue opérable.

J. a cherché, en outre, s'il n'existait pas un moyen pharmaco-dynamique capable d'enrayer la croissance cellulaire et de régénérer en même temps la fonction de l'organe, puisque la production néoplasique qui exalte la cytogénèse suspend le pouvoir sécréteur des épithéliums glandulaires. C'est cette idée directrice qui lui a fait prescrire un extrait hypophysaire capable d'activer ou de régénérer la sécrétion lactée. Il lui a semblé de même que l'iode pouvait jouer ce double rôle sédatif et excitant, c'est-à-dire amphotrope.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

Snapper. *De quelques affections voisines de la sprue* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, n° 6, 4 Février 1933). — La sprue ne se rencontre qu'exceptionnellement chez les sujets qui n'ont pas fait de séjour dans les pays tropicaux; elle se caractérise par une diarrhée graisseuse, par une glossite érosive, par un ballonnement du ventre avec atrophie des muscles de la paroi. Il est fréquent d'observer, en outre, une anémie avec mégalocytose. Il semble qu'il s'agisse d'un trouble du métabolisme des graisses; même

lorsque le sujet est soumis à un régime privé de graisses, on en retrouve encore une petite quantité dans les fèces. Présentant la même symptomatologie que la sprue tropicale, la sprue nostras en diffère au contraire par son évolution, fatale dans la presque totalité des cas, quels que soient le régime et la thérapeutique. Il est fréquent d'observer en cours d'évolution une tétanie s'expliquant par l'hypocalcémie provoquée par l'excrétion de grandes quantités de graisses saponifiées. Parfois on note une déformation des doigts en baguette de tambour. S. cite trois observations de diarrhée graisseuse s'étant terminées par la mort, et dont l'une survint chez un sujet gastro-entérostomisé.

G. Basch.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE *(Bruxelles)*

M. Ide. ***La gastrite érosive : physiologie, diagnostic et traitement*** (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, V[e] série, t. XIII, n° 1, 28 Janvier 1933). — Il faut appeler gastrite érosive une affection gastrique très commune caractérisée par des douleurs périodiques survenant deux ou trois heures après les repas et soulagée par l'ingestion d'aliments ou de bicarbonate de soude. Ces sujets n'ont pas une augmentation de leur acidité gastrique et, après leur guérison, il n'y a pas modification de cette acidité. Le spasme du pylore, invoqué autrefois comme cause de ces accidents, n'est pas constaté radiologiquement; il n'y a pas de retard de l'évacuation gastrique. L'hypothèse de l'existence d'un ulcère gastrique est bien plus sérieuse, mais de nombreux arguments plaident contre l'ulcère; on ne retrouve pas à l'opération d'ulcère dans des cas où les douleurs ont été vives; les ulcères existent parfois sans ces douleurs. L'application d'un tampon imbibé d'acide chlorhydrique sur un ulcère chez 5 malades au cours d'une laparotomie à l'anesthésie régionale n'a réveillé aucune sensation chez les malades qui protestaient à la moindre traction sur le mésentère. Il faut réserver le diagnostic d'ulcère aux cas qui révèlent une niche de Haudeck; la symptomatologie douloureuse du soi-disant ulcère appartient aux poussées de gastrite érosive et superficielle.

Cette notion est extrêmement importante, car elle comporte la possibilité d'une guérison par un simple traitement médical sans intervention. Au régime lacté, il faut préférer un régime avec des repas où les féculents et les graisses prédominent sur la caséine. Le lit n'est pas non plus nécessaire, une demi-heure allongé après chaque repas suffit en général. Il est bon d'ajouter à l'acmé des neutralisants; il faut préférer la craie, les sels de soude, le tartrate, le citrate, l'acétate et le bicarbonate de soude aux sels de magnésie.

Robert Clément.

THE LANCET *(Londres)*

R. Payne. ***La parotidite pyogénique récurrente*** (*The Lancet*, n° 5712, 18 Février 1933). — La parotidite pyogénique récurrente est caractérisée par le gonflement d'une ou deux parotides survenant à intervalles plus ou moins éloignés. Il s'agit d'une inflammation de la glande évoluant à bas bruit, avec des exacerbations soudaines, ressemblant à une attaque de parotidite aiguë, n'aboutissant jamais à la suppuration. Dans quelques cas, on relève dans les jours qui ont précédé le début de cette parotidite une infection dentaire, une extraction dentaire, une affection des voies respiratoires supérieures ou une autre affection aiguë.

Le début, insidieux, est marqué par une sensation de plénitude de la région parotidienne, bientôt suivie d'un gonflement de la région. Ce gonflement persiste pendant quelques jours. Dans certains cas, il y a un écoulement de pus par le canal de Sténon. Puis tout rentre dans l'ordre pour reparaître d'une façon variable soit le mois suivant, soit à un intervalle d'un an.

Les signes physiques sont discrets dans la période quiescente. Dans les périodes d'activité, le gonflement est apparent, en tout cas la palpation révèle une augmentation de volume de la glande. A cette période également, existe un certain degré de blocage plus ou moins complet du canal de Sténon. L'orifice du canal est rouge et œdématié. La salive retirée par cathétérisme est trouble, en petite quantité, contenant des cellules de desquamation épithéliales provenant des canaux et des cellules de pus.

La flore microbienne est représentée par le staphylocoque, le staphylocoque doré surtout et le diphtéroïde. Le mucus est en excès alors qu'au contraire la ptyaline est produite en très petite quantité.

La sialographie met surtout en évidence des lésions des canaux qui sont dilatés en cupules, en fuseaux comme dans la dilatation des bronches. A ces déformations s'ajoutent parfois des lésions destructives du parenchyme glandulaire et des lésions de sclérose et de cicatrices.

Le diagnostic de la parotidite récurrente est à faire avec les oreillons, avec le calcul du canal de Sténon, avec la maladie de Mikulicz, avec les tumeurs mixtes de la parotide, avec les tumeurs malignes de la parotide.

La parotidite récurrente serait due à une obstruction des canaux excréteurs associée à une infection atténuée. L'infection crée la desquamation des cellules épithéliales et l'augmentation du mucus qui obstruent les canaux.

Au point de vue thérapeutique, on a préconisé le massage de la parotide, la dilatation des canaux, la section du nerf auriculo-temporal pour arrêter la sécrétion de la parotide, la radiothérapie. Pendant la phase aiguë, le traitement consiste à vider la parotide par expression.

André Plichet.

J. Gravesen. ***Le collapsus sélectif dans les lésions bilatérales du poumon*** (*The Lancet*, n° 5712, 18 Février 1933). — Sous ce nom de collapsus sélectif, G. décrit une méthode thérapeutique qui ne fait, en somme qu'imiter la nature. Dans la cicatrisation naturelle d'une lésion pulmonaire, seule la partie malade est rétractée; les parties saines ont une expansion normale. Dans ce pneumothorax sélectif, il s'agit d'introduire de l'air en quantité suffisante pour faire rétracter les parties malades sans chercher le collapsus total. L'entretien de ce pneumothorax se fera à des intervalles plus courts et pourra être maintenu plus facilement. Mais les adhérences sont une contre-indication, car elles empêchent les parties malades de se rétracter. Il faut dans ce cas envisager des opérations complémentaires telles que la section des brides, l'apicolyse, le plombage, la thoracoplastie. Pour cette dernière opération, G. recommande des thoracoplasties partielles, véritables thoracoplasties sélectives.

Le pneumothorax sélectif est surtout indiqué dans les lésions limitées, initiales, mais cette méthode peut être appliquée aussi dans les lésions bilatérales. On ne doit plus faire le pneumothorax alterné qui laisse évoluer un côté. Le pneumothorax bilatéral d'emblée n'est souvent pas applicable. Le pneumothorax sélectif qui ménage au maximum les parties saines du poumon rendra les plus grands services.

A signaler que pour ses pneumothorax G. ne se sert pas d'une aiguille à ouverture latérale qu'il accuse par sa pointe de blesser le poumon.

André Plichet.

Donal Sheehan. ***La signification clinique des terminaisons nerveuses du mésentère*** (*The Lancet*, n° 5713, 25 Février 1933). — On a beaucoup écrit sur la sensibilité du mésentère. Pour les uns, toute douleur viscérale a son point de départ non pas dans l'intestin mais dans le mésentère et spécialement le long des vaisseaux mésentériques. Cette sensibilité est fournie par les corpuscules de Paccini qui jouent non seulement un rôle dans la transmission de sensations douloureuses, mais encore dans les sensations thermiques et dans les sensations de pression. Plusieurs théories ont été émises concernant ces corpuscules qui, on le sait, sont répartis dans tout le corps. Pour les corpuscules du mésentère ils sont en relation certaine avec les splanchniques. D'autre part ces corpuscules ont une vascularisation plus importante que leurs besoins nutritifs ne le comportent et il est incontestable qu'ils jouent un rôle dans la vaso-dilatation et la vaso-constriction des vaisseaux. De plus, il est certain que les variations de pression sont la cause et non pas le résultat des excitations nerveuses naissant dans les corps de Paccini, comme l'a montré Sherrington. Une baisse de pression artérielle peut les affecter. Cette interprétation fournirait l'explication des sensations d'évanouissement d'origine sympathique qui accompagnent le choc et qui sont dues à la vaso-constriction des capillaires. Enfin la gaine lamellée qui entoure les corpuscules serait une expansion du névrilemme des terminaisons nerveuses et protégerait ce délicat appareil où se passent les actions et les réactions des nerfs sur les vaisseaux.

André Plichet.

Stanley Alstead. ***Le cœur après la diphtérie*** (*The Lancet*, n° 5713, 25 Février 1933). — Franklin et White ont étudié 1.000 convalescents de diphtérie. Ils ont trouvé chez 75 d'entre eux de la myocardite et une insuffisance relative de la valvule mitrale tandis qu'un tiers présentait de la tachycardie et de l'arythmie. De telles anomalies cardiaques ne se rencontrent ni après la rougeole, la scarlatine, la typhoïde ou la pneumonie. La persistance de ces lésions onze mois après la diphtérie les amenèrent à penser qu'elles étaient définitives.

Hoskin décrivit chez les convalescents de diphtérie des troubles dans le tracé de l'électrocardiogramme notamment au niveau du complexe QRS en même temps qu'une rapidité du pouls et les symptômes d'une insuffisance cardiaque. Mais les opinions diffèrent sur la durée de ces troubles. A. a examiné 150 malades ayant eu la diphtérie de une à dix années auparavant. Il eut soin d'éliminer les malades qui avaient eu une maladie fébrile, de la chorée, du rhumatisme ou même de simples amygdalites. La majorité de ces malades étaient des enfants de 14 ans en moyenne. Il prit comme témoins 100 enfants n'ayant jamais eu la diphtérie. La seule différence qu'il trouva fut une inversion de l'accident T de l'électrocardiogramme, chez les malades convalescents de diphtérie; du reste ce changement survient au cours de la diphtérie, persiste longtemps après et ne s'accompagne pas de troubles cliniques.

André Plichet.

W. Hargreaves. ***Une réaction d'Herxheimer inhabituelle*** (*The Lancet*, n° 5713, 25 Février 1933). — Il s'agit d'un homme de 30 ans qui vient consulter trois semaines après le début d'un chancre du méat, survenu après un contage datant de trois mois. Le Wassermann était négatif, par contre la sérosité du chancre contenait des spirochètes. On lui fit d'emblée une injection intravei-

neuse de 0,45 de novar et une injection intramusculaire d'un sel de bismuth. Une semaine après, on répéta les mêmes doses. Vingt-quatre heures après, le malade était atteint d'une impotence fonctionnelle des membres inférieurs et de rétention d'urine. Quatre jours après le début de ces symptômes, il présentait tous les signes d'une myélite transverse siégeant au niveau D 4 avec perte complète des mouvements et de la sensibilité à tous les modes. Une ponction lombaire donna un liquide clair, sans lymphocytes, contenant 18 centigr. d'albumine, avec un Wassermann négatif. On fit le diagnostic de thrombose spécifique aiguë médullaire et on continua le traitement jusqu'à la dose de 4 gr. 5 de novar avec 3 gr. quotidiens d'iodure de potassium et une injection mercurielle chaque semaine.

Peu à peu, les troubles de sensibilité disparurent. Quatre semaines après le début, on n'observait plus de troubles de sphincters. Six semaines après, le malade commença à marcher. Une nouvelle ponction lombaire donna les mêmes signes négatifs. Trois mois après son entrée, le malade sortait de l'hôpital conservant seulement une légère exagération des réflexes et une hésitation à la miction.

On avait observé des réactions d'Herxheimer frappant les différents nerfs craniens et principalement la VII[e] et la VIII[e] paire, mais jamais encore une myélite transverse.

André Plichet.

W. Savage. ***Les effets de la pasteurisation sur les propriétés nutritives du lait*** (*The Lancet*, n° 5713, 25 Février 1933). — Le lait est un liquide si complexe qu'il est utile de savoir si ses qualités nutritives pour l'homme ne changent pas sous l'effet de la pasteurisation. Sous ce nom, il faut comprendre l'opération qui consiste à maintenir le lait pendant trente minutes à la température de 145° Fahrenheit et son refroidissement rapide immédiatement après.

Les graisses ne sont pas modifiées, sauf que la crème s'élève moins rapidement. Les protéines ne sont pas altérées; 5 pour 100 de lactalbumine, cependant, deviennent insolubles. Le lactose n'est pas changé. Le calcium soluble, par contre, serait diminué de 20 pour 100 par la formation d'un phosphate de calcium colloïdal. L'iodine est réduite de 20 pour 100. Les enzymes ne seraient pas détruits, cependant la présure ne fait pas coaguler le lait pasteurisé. La vitamine A, abondante dans le lait, n'est pas détruite par la pasteurisation. Il en est de même pour les vitamines B 1, B 2, D et E. Par contre, la vitamine C est détruite.

Si on compare la composition du lait de vache à celle du lait humain, on voit que la pasteurisation rend le premier un peu moins dissemblable du second. La diminution du phosphore et du calcium opérée par la pasteurisation doit être considérée comme heureuse. Quant au fer, nettement déficient dans le lait de vache et non détruit par la pasteurisation, il peut être augmenté par le contact avec les récipients qui contiennent le lait.

Toute une série d'expériences ont été faites sur divers animaux. Il en résulte que l'on ne peut mettre le problème de l'anémie, le problème de la stérilité sur le compte d'une nourriture composée de lait pasteurisé. Si la diminution du calcium et du phosphore dans le lait pasteurisé peut être préjudiciable à l'animal pour sa croissance, il n'en est pas de même pour l'enfant dont les besoins en calcium sont moins grands.

André Plichet.

Quastel et Ström-Olsen. ***L'administration de glucose et d'insuline dans la narcose prolongée*** (*The Lancet*, n° 5714, 4 Mars 1933). — Les symptômes d'intoxication qui apparaissent au cours de toute narcose prolongée ont empêché l'application de ce mode de traitement aux maladies mentales. Des résultats extrêmement encourageants avaient été obtenus par des injections de somnifène, mais il fallait en redouter les effets toxiques qui se traduisaient par des symptômes bulbaires et par la présence de corps cétoniques dans les urines. Il semble que les narcotiques empêchent l'action oxydante du cerveau sur les substances hydrocarbonées et cette inhibition est en rapport direct avec la puissance du narcotique.

Q. et S. furent donc amenés à pratiquer des injections d'insuline en même temps que des injections de somnifène. Ils traitèrent 20 sujets par des injections de somnifène de 2 cmc répétées 2 à 4 fois par vingt-quatre heures. Dès l'apparition d'acétone, ils faisaient des injections de 5 à 15 unités d'insuline, en ayant soin d'administrer 50 gr. de glucose. En quarante-huit heures l'acétonémie disparaissait pour ne pas reparaître pendant toute la durée du traitement qui dans certains cas dura quinze jours.

André Plichet.

R. Cruiskshank. ***Les infections pneumococciques. La pneumonie lobaire*** (*The Lancet*, n° 5716, 18 Mars 1933). — Dans une pneumonie lobaire, la détermination du type du pneumocoque en cause était regardée autrefois comme ayant peu d'intérêt pour le clinicien. En réalité elle a un intérêt considérable pour le traitement. Les types de pneumocoque sont déterminés par la différence de leur capsule composée d'une substance soluble spécifique qui est un hydrate de carbone et qui joue un rôle dans la toxicité du pneumocoque. Cette substance soluble spécifique a une action antileucocytique qui commande la présence ou l'absence de bactériémie, facteur de gravité.

La sérothérapie antipneumonique a une valeur incontestable dans les pneumonies lobaires du type I. On admet que la sérothérapie doit être pratiquée avant le cinquième jour de la maladie et doit être intraveineuse. Les résultats sont moins bons dans le type II à cause de la sévérité de l'infection et de la difficulté d'obtenir un sérum efficace.

La cherté du sérum antipneumonique est un obstacle à l'extension de cette thérapeutique.

Le diagnostic du type du pneumocoque peut être fait en six heures, soit directement à partir de l'expectoration, soit après inoculation à la souris.

Sur 547 cas de pneumonie du type I traités par le sérum la mortalité est de 17 pour 100. Sur 477 cas du même type non traités par le sérum, la mortalité est de 31 pour 100.

Sur 415 cas du type II, traités par le sérum, la mortalité est de 33 pour 100. Sur 367 cas du type II non traités par le sérum, la mortalité est de 43 pour 100.

André Plichet.

T. Benians. ***Les aspects de la pathogénie de la pyémie. A propos de quatre cas sévères d'ostéomyélite aiguë traitée par le benzol*** (*The Lancet*, n° 5716, 18 Mars 1933). — La pyémie est fréquente dans l'ostéomyélite aiguë. Le pronostic dépend surtout du siège et de l'accessibilité de l'abcès secondaire. En d'autres termes, le malade succombe plutôt par l'abondance et la quantité de pus que par la toxicité de l'agent infectieux. Il semble raisonnable de penser que si on pouvait arrêter cette formation de pus, on abaisserait considérablement la mortalité dans cette affection. Malgré la part jouée par les leucocytes dans l'immunité, il semble que dans cette affection, la leucocytose soit plutôt un indice qu'un adjuvant nécessaire de l'immunité.

4 cas d'ostéomyélite aiguë furent traités par le benzol par voie buccale. La leucocytose qui s'élevait entre 30 et 50.000 globules blancs tomba à la normale et même pour un sujet tomba à 1.000. Le pus devint plus fluide puis diminua. On n'observa aucune suite fâcheuse à ce traitement et les malades guérirent tous.

André Plichet.

Pines, Kieff et Lond. ***Le sulfate de magnésie dans le traitement de l'angiospasme*** (*The Lancet*, n° 5716, 18 Mars 1933). — Dans la claudication intermittente, dans la maladie de Buerger, dans l'œdème aigu du poumon, dans l'angine de poitrine et dans la thrombose coronarienne, dans la migraine et dans l'angiospasme cérébral, P., K. et L. ont essayé avec un certain succès les injections de sulfate de magnésie. Ils injectent dans les veines 5 à 10 cmc d'une solution de sulfate de magnésie à 20 pour 100 auquel on ajoute extemporanément une quantité égale d'une solution de glucose à 40 pour 100. Une demi-minute après le commencement de l'injection, le malade a une sensation de chaleur et une transpiration qui commence à la partie supérieure du corps pour s'étendre aux jambes, de la rougeur de la face, sans accélération du pouls ni élévation de la température. Les injections sont faites deux fois par semaine.

Le sulfate de magnésie agirait sur le spasme vasculaire par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs du cerveau et non pas sur les parois mêmes du vaisseau, car la sensation de chaleur que ressentent les malades ne suivrait pas toujours la même marche descendante. Il est à noter que si la sensation de chaleur ne se produit pas dans un membre, les oscillations artérielles sont fortement diminuées au niveau de ce membre.

Il est à remarquer également que les vaisseaux rétiniens ne sont pas touchés par cette vaso-dilatation générale quoique la face soit justement la partie du corps où elle est le plus active. Ceci confirme l'opinion de Baillart et de Claude qui pensent que les vaisseaux rétiniens ne sont pas sensibles aux médicaments vaso-dilatateurs ordinaires.

André Plichet.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

M. Levine, J. Neal et W. Park. ***Les rapports entre les caractéristiques physiques et la susceptibilité à la poliomyélite antérieure*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 3, 21 Janvier 1933). — La question de la susceptibilité à la poliomyélite intéresse beaucoup les Américains en ce moment. Dans ce travail, L., N. et P. ont fait l'étude anthroscopique de 52 enfants atteints de poliomyélite antérieure, et ont comparé les résultats avec ceux obtenus par l'examen de 52 enfants témoins. L'étude a porté notamment sur les facteurs suivants: répartition des dents, alignement des dents, articulé dentaire, éléments unguéaux, couleur, pigmentation, yeux mongoloïdes, plis épicanthaire, organes génitaux, aspect corporel. Aucune différence notable n'a pu être révélée entre les deux groupes.

R. Rivoire.

P. White. ***La longévité après infarctus du myocarde*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 4, 28 Janvier 1933). — L'infarctus du myocarde est une affection redoutable, qui aboutit rapidement à la mort dans 40 pour 100 des cas, mais ce n'est pas toujours la condamnation à brève échéance du malade qui en est atteint: en effet, d'assez nombreuses observations ont été rapportées de survie prolongée après infarctus coronaire. L'observation que relate W. est à cet égard extrêmement suggestive: il s'agit d'un homme qui fit à 64 ans la grande crise d'infarctus myocardi-

tique, puis se rétablit complètement au point de pouvoir, à l'âge de 74 ans, faire des ascensions en montagne à vive allure. Cet homme mourut à 80 ans d'un infarctus cérébral, et l'autopsie révéla l'existence d'une cicatrice myocardique étendue, preuve indiscutable de la réalité de l'infarctus coronaire ancien.

Cette observation montre de façon saisissante que l'infarctus myocardique peut guérir de façon totale et permettre une vie absolument normale.

R. Rivoire.

A. Hartmann, M. Senu, M. Nelson et **A. Perley.** ***Les solutions de résine d'acacia dans le traitement de l'œdème*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 4, 28 Janvier 1933). — H., S., N. et P. ont eu l'idée de traiter les grands œdèmes des néphroses par des injections intraveineuses de solutions colloïdales de résine d'acacia. Cette thérapeutique est basée sur une théorie de la néphrose qui fait jouer le rôle principal dans la pathogénie de l'œdème à la diminution des albumines sanguines et à la baisse résultante de la tension osmotique du plasma, ou pression oncotique. L'idée de H., S., N. et P. était d'injecter dans le sang une solution colloïdale plus lentement diffusible par le rein que les albumines et suffisamment concentrée pour faire revenir à la normale cette pression oncotique.

La concentration des solutions de résine d'acacia doit donc varier suivant le chiffre des albumines sanguines, et la répétition des injections dépend de la rapidité de l'élimination urinaire de la solution colloïdale. Suivant cette technique, H., S., N. et P. ont réussi à provoquer la diurèse dans 5 cas sur 6 de néphrose grave, ayant résisté à tous les autres traitements. Dans un cas même, l'action de cette thérapeutique parut plus que symptomatique, puisqu'un an et demi après le début du traitement le malade était en parfaite santé.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (*Chicago*)

R. C. Moehlig et **G. S. Bates.** ***Influence de l'hypophyse sur l'hématopoïèse*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 2, Février 1933). — Guillain, Léchelle et Garcin ont relaté dernièrement des cas de polyglobulie accompagnant certains syndromes hypophysaires et hypophyso-tubériens. De son côté, Nathan a attiré l'attention sur les rapports des érythrémies protopathiques avec le diencéphale. On a déjà noté la polyglobulie dans l'encéphalite épidémique et à la suite de commotions cérébrales. Dans un travail tout récent, Cushing relate 12 cas d'adénome basophile de l'hypophyse associés, entre autres symptômes, à de la polyglobulie. Expérimentalement Collin et Baudot, Watrin ont pu mettre en évidence le rôle de l'hypophyse dans l'hématopoïèse. D'autre part, la polyglobulie se rencontre assez fréquemment au cours des tumeurs surrénales et il semble qu'elle soit réellement dans ces cas d'origine hypophysaire.

Dans ce travail, M. et B. s'efforcent d'établir: 1° que la sécrétion hypophysaire a une très grande influence sur l'hématopoïèse; 2° que les affections primitives de la corticale surrénale déterminent des modifications secondaires de l'hypophyse qui rendent compte de bien des symptômes attribués à tort au cortex surrénal; 3° que les rapports embryo-hormonaux spécifiques et électifs de l'hypophyse avec les tissus mésodermiques permettent de donner une explication satisfaisante des symptômes polymorphes constatés au cours des troubles hypophysaires.

A l'appui de leurs dires, ils invoquent, du point de vue clinique, deux cas de polyglobulie vraie accompagnée de basophilie de l'hypophyse, dont ils ont pu faire l'autopsie.

Le premier concerne une femme de 43 ans, d'allure masculine, présentant de l'hirsutisme, de l'obésité limitée à la face et au tronc, des vergetures, des ecchymoses spontanées de la paume des mains, de l'aménorrhée, un goitre et de l'exophtalmie, des maux de tête, de l'hypertension et une polyglobulie de 6.640.000 avec 106 pour 100 d'hémoglobine. La thyroïdectomie entraîna la mort et l'autopsie, malheureusement limitée au crâne, montra un adénome basophile primitif de l'hypophyse, qui était responsable de ce syndrome de Cushing.

L'autre cas offre l'association intéressante d'une tumeur surrénale à une hyperplasie de l'hypophyse et à une polyglobulie accentuée. Il s'agit d'un homme de 63 ans, présentant depuis peu de temps une tumeur de l'hypocondre gauche avec des vomissements, de l'amaigrissement et une polyglobulie à 8.100.000 et 153 pour 100 d'hémoglobine. La mort survint rapidement. A l'autopsie, on trouva une tumeur du rein gauche de type angio-mésothéliome malin, d'origine surrénale, à grandes cellules claires, accompagnée de métastases pulmonaires. Du côté de l'hypophyse, il existait une hyperplasie remarquable des éléments basophiles, témoignant de la réaction de l'hypophyse à l'atteinte primitive du cortex surrénal.

Expérimentalement, M. et B. ont pu, par la surrénalectomie bilatérale, produire chez le chien de la polyglobulie qui traduit l'hyperactivité compensatrice de l'hypophyse dont témoigne la prépondérance marquée des cellules basophiles. Certains animaux présentaient, en outre, une réaction myéloïde de la rate.

Diverses constatations qu'ils rapportent engagent M. et B. à soutenir la théorie uniciste de la filiation des cellules basophiles et éosinophiles de l'hypophyse à partir de la cellule chromophobe.

P.-L. Marie.

B. A. Gouley, S. Bellet et **Th. Mc Millan.** ***Tuberculose du myocarde*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 2, Février 1933). — G., B. et M. décrivent en détail 6 cas de tuberculose du myocarde, localisation très rare de la tuberculose, exceptionnellement primitive. L'âge des sujets s'échelonne entre 16 et 72 ans.

Ces cas rentrent dans les divers types de myocardite tuberculeuse rencontrés jusqu'ici et que Kaviart a décrits en 1906: 1° tubercules volumineux ou nodules tuberculeux; 2° infiltration tuberculeuse ou tuberculose diffuse; 3° granulations miliaires; 4° myocardite interstitielle non folliculaire et myocardite parenchymateuse sans autre atteinte tuberculeuse manifeste du cœur. Modifiant et simplifiant cette classification, G., B. et M. ont rangé leurs cas d'après le mode de dissémination et le type des lésions. Ils distinguent: 1° une tuberculose du myocarde secondaire à la tuberculose du péricarde et des ganglions du médiastin; 2° une tuberculose du myocarde faisant partie du tableau d'une tuberculose miliaire viscérale.

Dans un cas, les artères coronaires étaient profondément atteintes jusque dans leurs grosses branches; dans les autres, les altérations, bien plus légères, se limitaient aux petits vaisseaux. Ils décrivent trois types d'artérite tuberculeuse: artérite tuberculeuse diffuse atteignant toutes les tuniques du vaisseau; tubercule de la tunique interne sans atteinte des autres tuniques, témoin d'une infection d'origine sanguine; enfin, envahissement des artères par contiguïté, non signalé jusqu'ici au niveau du cœur et atteignant non seulement les petites artères, mais aussi les grosses branches des coronaires, déterminant le rétrécissement du calibre des vaisseaux, et parfois même leur occlusion complète.

G., B. et M. soulignent les ressemblances que peut présenter la myocardite interstitielle tuberculeuse avec les lésions rhumatismales du myocarde (infiltration cellulaire périvasculaire et hyperplasie endothéliale des petits vaisseaux conduisant à leur oblitération); puis ils indiquent les caractères diagnostiques différentiels (abondance plus grande de cellules, œdème concomitant fréquent, d'apparence gélatineuse, intégrité relative des éléments parenchymateux dans la lésion tuberculeuse; polymorphisme des cellules constituant le nodule d'Aschoff, dégénérescence marquée du parenchyme musculaire malgré une infiltration interstitielle relativement discrète dans la lésion rhumatismale).

Cliniquement, la myocardite tuberculeuse n'a guère de symptômes propres et on ne la diagnostique pas pendant la vie. Cependant, le développement d'un rythme ectopique, résultant d'une infiltration tuberculeuse de l'oreillette droite, chez un malade atteint de péricardite tuberculeuse, pourra suggérer une participation du muscle cardiaque.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF SURGERY (*Chicago*)

Haynes (Klarksburg). ***Nouveau procédé chirurgical dans la pancréatite aiguë*** (*Archives of Surgery*, t. XXVI, n° 2, Février 1933). — Il s'agit d'un nouveau procédé de drainage utilisé par H. dans la pancréatite aiguë. Une fois la région découverte il faut drainer le tissu cellulaire rétro-pancréatique; pour cela comme le montrent les excellentes figures de l'article, l'opérateur avec le doigt s'insinue entre la troisième portion du duodénum et la tête du pancréas et conduisant prudemment le doigt arrive à passer derrière le pancréas; à ce moment il dissocie la région rétro-pancréatique à l'aide de la main droite qui vient de faire la manœuvre indiquée et de la main gauche qui saisissant en masse le côlon et le méso-côlon transverse limite la courbe du décollement et guide celui-ci. On arrive ainsi à décoller la face postérieure du pancréas et l'on peut aisément glisser 1 ou 2 drains dans cette région.

6 cas cliniques sont rapportés: le premier est un cas mortel qui a été traité par l'opération classique de drainage antérieur, les 5 autres cas ont guéri et ont été traités par ce procédé. A la vérité de ces 5 cas guéris, 2 simplement semblent concerner de véritables pancréatites aiguës et encore l'un d'entre eux semble être une forme atténuée puisque à l'opération il n'a pas été rencontré de stéatonécrose et le pancréas était seulement très induré. Les 3 autres cas qui ont guéri aussi étaient des formes lentes plutôt subaiguës; l'opération a eu lieu du cinquième au septième jour après le début de l'affection; dans un des cas on y a adjoint un drainage vésiculaire. Somme toute, ce procédé de drainage semble peut-être plus actif que le simple drain antérieur, il faut signaler que les auteurs ont observé un cas, temporaire du reste, de fistule gastrique qui a cédé à des moyens thérapeutiques très simples.

F. d'Allaines.


INSTANTANÉ
ASEPTIQUE
OUATAPLASME
PARIS
SÉDATIF
RÉSOLUTIF

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES MEDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

P. Pruvost, H. Béclère et **Henrion.** ***A propos des calcifications pleurales. L'intérêt des radiographies en positions diverses*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. VIII, n° 1, 1933). — L'observation d'un homme de 59 ans met bien en évidence que des calcifications pleurales complètement muettes et en général bien supportées passeraient inaperçues s'il n'était pratiqué un examen radiologique systématique.

Les calcifications pleurales revêtent tantôt l'aspect de taches calcaires isolées, tantôt de traînées calcifiées, tantôt de véritables coques ou de kystes. Les radiographies montrent bien ici, dans le champ pulmonaire droit, une plaque très opaque, non homogène, ayant la forme d'un triangle curviligne. Pour bien interpréter ces images pleuro-pulmonaires, il faut prendre des clichés dans différentes positions pour saisir l'angle qui renseigne le mieux sur la topographie et la situation juxtapariétale et pleurale des images. La ponction exploratrice confirme la notion de plaques calcaires, car l'aiguille rencontre, après traversée de l'espace intercostal, une résistance dure, infranchissable, donnant une impression analogue à celle d'un contact osseux.

Dans le cas rapporté, cette plaque de calcification pleurale s'était développée insidieusement, n'occasionnant aucun trouble ni aucune gêne, notamment aucune douleur chez un homme atteint de lésions fibreuses du sommet.

Robert Clément.

M. Reale (Montana). ***Recherches cliniques comparatives sur la réaction de sédimentation des globules rouges et sur la formule leucocytaire dans la tuberculose*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. VIII, n° 1, 1933). — Des examens exécutés en séries pendant plusieurs mois sur 184 malades d'un sanatorium d'altitude à Montana ont montré à R. que la réaction de sédimentation des globules rouges et le pourcentage des éléments blancs du sang faits en séries se complètent réciproquement et s'il s'agit de réactions qui n'ont rien de spécifique, elles sont utiles pour le diagnostic et le pronostic de la poussée évolutive.

La sédimentation des hématies sert surtout pendant la phase aiguë de la poussée tuberculeuse, la formule leucocytaire fournit des renseignements à la période finale de la poussée et dans les phases d'intervalle. Dans les sanatoria d'altitude, l'étude de la formule leucocytaire est particulièrement utile pour compléter les données fournies par la sédimentation, modifiées par l'hyperglobulie d'altitude, spécialement vers la fin de la poussée évolutive.

La réaction de sédimentation globulaire est pathologique surtout dans la période exsudative des lésions; elle tend vers la normale lorsque les lésions s'indurent. L'hémogramme montre de la polynucléose neutrophile au cours de la phase exsudative, de la lymphocytose dans la phase indurative. Les cavernes ne s'accompagnent pas de modifications caractéristiques de la sédimentation ou de la formule leucocytaire; dans les différents types d'excavations, ces 2 épreuves sont plutôt le reflet de l'état du tissu péricavitaire.

Ces 2 réactions ont une importance notable dans la thérapeutique de la tuberculose; mais les indications pronostiques qu'elles fournissent sur l'évolution de la poussée en cours ont beaucoup moins de valeur pour le pronostic définitif de la maladie.

Robert Clément.

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE (Paris)

M. Lannois et **R. Gaillard** (Lyon). ***Yeux ardoisés et surdité totale*** (*Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 2, Février 1933). — Le syndrome de Van der Hoeve comporte des éléments d'ordre divers: 1° *La fragilité osseuse.* Les os se brisent à l'occasion d'un traumatisme insignifiant. Chez l'enfant du moins les fractures restent intra-périostées. A la radio, les os longs sont grêles, avec tendance à l'incurvation, et anormalement perméables aux rayons. On observe le crâne à rebords, avec saillie des rebords de l'orbite, de l'occiput. 2° *L'œil bleu ou ardoisé.* Symptôme le plus frappant, on le retrouve souvent chez plusieurs membres d'une même famille. Il peut exister à la naissance. La coloration varie du bleu porcelaine au bleu foncé, à la teinte violette ou ardoisée. Son intensité est progressive. Elle serait due, soit à l'amincissement de la sclérotique, soit à l'état exsangue de la conjonctive et de la sclérotique, qui permettrait de voir le pigment. 3° *La surdité*, qui peut manquer. Elle est toujours plus tardive que les signes précédents. Elle varie depuis la simple altération de perception jusqu'à la surdité absolue. Les lésions de l'oreille seraient analogues à celles de l'otosclérose (sclérose des ligaments de l'étrier et de la fenêtre ovale). On a noté une perception osseuse diminuée. L. et G. rapportent l'observation d'une malade hérédo-spécifique dont la surdité rapidement progressive a débuté à 11 ans pour aboutir à la surdité totale. Les yeux étaient ardoisés, mais l'hérédité similaire et la fragilité osseuse manquaient. Ils en rapprochent l'observation de la sœur aînée n'ayant pas de coloration des yeux, mais ayant eu comme elle, dans l'enfance, de l'hérédo-kératite et dont la surdité est également complète.

La *pathogénie* du syndrome de V. d. Hoeve reste obscure. A la symptomatologie précédente on a ajouté la laxité des ligaments articulaires, la transparence des dents, des troubles de la contractilité électrique des muscles, des troubles vaso-moteurs, des lésions congénitales du cœur. On a conclu que le mésenchyme était atteint dans sa totalité et on a cherché un trouble du métabolisme du calcium. On a donné à ce trouble une origine endocrino-parathyroïdienne. La grande majorité des auteurs n'accorde aucun rôle à la syphilis, mais la fréquence de l'hérédité similaire fera penser à la syphilis lointaine pour laquelle certains auteurs ont proposé le nom de télésyphilis.

Leroux-Robert.

Jean Lestienne. ***Les accidents labyrinthiques chez les ouvriers de chantiers de travaux à l'air comprimé (Maladie des caissons)*** [*Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 2, Février 1933]. — Au cours de leur travail, dans les caissons à air comprimé, les ouvriers présentent assez fréquemment des troubles labyrinthiques, dus soit à la pression, soit à la décompression. Si l'éclusage et le déséclusage sont lents et si la fonction nasale est normale, la pression s'équilibre par la trompe d'Eustache. Mais si la perméabilité tubaire est mauvaise, la congestion de l'oreille moyenne qui en résulte retentit sur l'oreille interne.

Cliniquement, on observe des troubles *légers*, bourdonnements et vertiges, si la *compression* est lente, ou de violentes douleurs d'oreille avec bourdonnements, céphalée avec vertiges rotatoires, nausées ou vomissements, pâleur avec perte de connaissance, si la compression est plus brusque. A la sortie du caisson, les symptômes s'amendent à moins, ce qui est très rare, qu'il y ait hémorragie.

Les *accidents de décompression* sont plus fréquents et plus graves. Deux théories cherchent à expliquer ces accidents: Théorie hydraulique. L'air comprimé a refoulé le sang dans les parties profondes et prédispose aux hémorragies. De plus le froid, par condensation de vapeur d'eau, empêche la vaso-dilatation périphérique. Théorie de l'embolie gazeuse. Elle explique les accidents par la gêne de dissolution de l'azote dans le sang et le dégagement de bulles d'azote pouvant obstruer les vaisseaux. Cliniquement, on observe des accidents peu de temps ou quelques jours après la cessation du travail. Le début est toujours *brutal*, le vertige paroxystique, à type rotatoire parfois suivi de chute. Les troubles auditifs sont constants (bourdonnements, sifflements, hypoacousie ou surdité, nausées, vomissements, pâleur, sueurs, petitesse du pouls, irrégularité respiratoire, céphalée). Dans les jours qui suivent, les signes s'amendent, rapidement ou lentement, mais complètement, ou il persiste une lésion indélébile de l'organe de l'ouïe et de l'équilibre. Le pronostic est difficile à établir. L'application des dispositions légales pour la protection dans les chantiers, la surveillance et la sélection des candidats tubistes, réduisent le nombre de ces accidents. Comme traitement, soumettre l'accidenté à une pression d'air égale à celle qu'il a supportée pendant son travail, conseiller les inhalations d'oxygène.

Leroux-Robert.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

M. et Mme **J. Enselme.** ***Contribution à l'étude du quotient respiratoire chez les basedowiens et les diabétiques*** (*Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 314, 5 Février 1933). — L'étude du rapport anhydride carbonique exhalé par le poumon sur oxygène utilisé par l'organisme, que l'on appelle « quotient respiratoire », un peu délaissée, présente cependant un intérêt réel. Le quotient respiratoire varie pour une alimentation exclusive par les glucides, les lipides ou les protides, mais l'alimentation cellulaire étant le plus souvent mixte, les valeurs obtenues sont intermédiaires et, à condition que sa recherche soit faite dans des circonstances définies, et avec des soins minutieux, on obtient, chez le sujet normal, des chiffres qui varient de 0,74 à 1; en moyenne, 0,83. Chez un même sujet, examiné à des intervalles assez espacés, le quotient respiratoire varie relativement peu, 0,02 en général. Les principales causes d'augmentation du quotient respiratoire sont l'hyperpnée, un effort, un repas riche en glucides; les causes de diminution sont les anomalies des valves du masque respiratoire, une chambre respiratoire trop vaste, etc. Ces causes d'erreur ayant été soigneusement évitées, le quotient respiratoire fournit des renseignements intéressants dans quelques affections.

Dans la maladie de Basedow, l'abaissement du quotient respiratoire est presque constant; ce symptôme est indépendant des autres signes et même du métabolisme basal. L'abaissement est extrêmement précoce; comme il précède souvent les modifications du métabolisme basal, il constitue un argument important en faveur du diagnostic de maladie de Basedow, dans les cas légers où le métabolisme basal est normal ou subnormal. Par

contre, il ne saurait pas renseigner sur son pronostic. Le quotient respiratoire permet de reconnaître les sujets qui faussent leur type respiratoire soit en accroissant son rythme, soit en augmentant son amplitude pendant l'épreuve du métabolisme basal. Tout sujet basedowien, dont le quotient respiratoire est élevé au-dessus de 0,95, doit être considéré comme suspect d'avoir involontairement altéré son type respiratoire et l'épreuve du métabolisme basal doit être refaite chez lui pour vérifier une erreur probable.

Chez les diabétiques, il y a aussi un abaissement très net du quotient respiratoire. Le quotient respiratoire s'élève après ingestion de glucose chez le sujet normal et chez le diabétique.

Robert Clément.

A. Tourniaire. ***De la coexistence des névroses tachycardiques et de la maladie hypertensive. Essai de différenciation de ces 2 types morbides*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 314, 5 Février 1933). — Chez les jeunes gens présentant des palpitations, de la tachycardie et un examen cardiaque négatif, l'élévation de la tension artérielle systolique est fréquente, généralement parallèle au taux rythmique; elle s'élève comme la tachycardie sous l'influence de l'effort pour s'atténuer avec le repos. La tension moyenne, en général normale, est à peine augmentée dans les grandes tachycardies, ou après un effort important dans les tachycardies légères; cette augmentation disparaît de façon constante sous l'influence d'un repos suffisant.

Au contraire, quand l'instabilité cardiaque et la tachycardie sont associées à une hypertension permanente, la tension moyenne est susceptible de s'abaisser légèrement sous l'influence du repos, mais elle se maintient constamment à un taux pathologique.

L'épreuve de la réduction tensionnelle par le repos permet donc de différencier la névrose tachycardique pure des tachycardies associées à une maladie hypertensive, éventualité d'ailleurs rare.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

P. Courmont, H. Gardère et P. Pichat. ***Valeur comparée du pouvoir bactéricide sur le bacille de Koch, du sérum et de l'urine des tuberculeux (Diagnostic, pronostic, rôle des sels d'or)*** (*Lyon Médical*, t. CLI, n° 12, 19 Mars 1933). — Le pouvoir bactéricide du sérum et des urines est mesuré en mettant en présence le liquide à éprouver et des dilutions à moitié, au quart et au huitième, et une quantité fixe de culture homogène de bacille de Koch (20 millions de bacilles pour 5 cmc de milieu) pendant quinze jours à l'étuve à 37°.

L'étude du pouvoir bactéricide du sérum et des urines et surtout la comparaison des 2 réactions, de leur intensité et de leurs variations sont de grande importance pour diagnostiquer la présence ou l'absence de la tuberculose ou suivre son évolution. Le pouvoir bactéricide du sérum est plus fréquent chez les tuberculeux, il persiste plus longtemps après la guérison clinique; sa valeur diagnostique peut se situer entre la séro-réaction agglutinante et la déviation du complément. Le pouvoir bactéricide des urines, moins souvent positif, a plus de valeur pour le diagnostic.

Le pouvoir bactéricide du sérum est faible ou disparaît lorsque la tuberculose est grave, extensive ou généralisée; il s'élève, au contraire, chez les malades dont les lésions tendent à la guérison. Le pouvoir bactéricide des urines n'est positif et élevé que dans les formes de tuberculose qui évoluent depuis un certain temps, mais qui ont une évolution favorable. Ces réactions, lorsqu'elles sont positives et surtout très élevées, ont donc une valeur pronostique intéressante.

Le traitement par les sels d'or élève rapidement et considérablement le pouvoir bactéricide du sérum et des urines chez les tuberculeux, et aussi chez les sujets sains; cette élévation est due probablement en partie au pouvoir bactéricide des sels d'or eux-mêmes. Il faut tenir compte de cette cause d'erreur avant d'interpréter les indications diagnostiques ou pronostiques fournies par cette épreuve biologique.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

H. Kalbfleisch. ***La tuberculose pulmonaire chronique, conséquence de l'exacerbation d'un ancien complexe primaire pulmonaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 10, 10 Mars 1933). — Sur la base de quelques observations la latence définitive des foyers anciens calcifiés a été mise en doute et on a décrit des réveils tardifs. Les examens systématiques anatomo-pathologiques pratiqués par K. lui ont montré quelques rares cas démonstratifs. Il admet donc la possibilité de l'exacerbation d'un ancien foyer primaire calcifié, tout en maintenant qu'il s'agit là de faits très rares. Les foyers pulmonaires ainsi réactivés sont exceptionnels; un peu plus souvent il s'agirait d'anciens ganglions tuberculeux. En tout cas, la possibilité d'extension demeure très limitée et cette minime tendance extensive explique que ces foyers puissent, dans de rares cas, être le point de départ de tuberculose chronique du poumon peu évolutive.

G. Dreyfus-Sée.

Van der Reis. ***L'importance de l'épreuve de la solution albumino-peptonée pour l'étude systématique du fonctionnement gastrique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 10, 10 Mars 1933). — Les conditions sociales et pratiques de l'exercice de la médecine font que nombre de praticiens ont tendance à se contenter d'un examen pour apprécier le fonctionnement d'un organe. C'est ainsi que la radiographie supplée trop souvent à l'examen complet de la sécrétion gastrique des sujets pour lesquels une affection digestive est soupçonnée. L'étude du mode de sécrétion de l'estomac paraît cependant indispensable et R. préconise surtout les examens fractionnés au cours de la période digestive.

Il utilise une solution de 80 cmc de solution albuminée pour 130 cmc d'eau distillée, 4 gr. de peptone de Witt et 11 gouttes de solution de bleu de méthylène à 2 pour 100.

La solution est injectée par la sonde dans l'estomac, préalablement évacué de son contenu; après cinq minutes, on retire 10 cmc de liquide deux fois, puis toutes les dix minutes, de nouveau 10 cmc jusqu'à décoloration. Le reste du contenu gastrique est alors évacué et les divers échantillons sont analysés.

L'étude des courbes de digestion fournit des indications importantes sur le pouvoir de sécrétion et de digestion du suc gastrique, en particulier au cours des ulcérations chroniques sténosantes.

G. Dreyfus-Sée.

F. Walinsky. ***Cinq années d'expérience de l'hyperthermie déterminée physiquement*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 11, 17 Mars 1933). — L'hyperthermie est obtenue par W. à l'aide d'une méthode spéciale qu'il utilise depuis cinq ans: injection de solution salée hypertonique suivie de bain puis enveloppement chaud. Une hyperthermie notable a été ainsi obtenue sans faire courir au malade les risques de la pyrétothérapie infectieuse, et ce procédé est utilisable dans toutes les affections relevant de ce mode de traitement.

Cette hyperthermie physique s'accompagne d'une rétention salée et d'un accroissement des échanges protéiques. La glycémie et la réserve alcaline s'abaissent au premier stade de la fièvre pour augmenter ultérieurement. L'examen cytologique du sang révèle de la leucocytose.

En clinique, des améliorations à degrés divers ont été observées lors de cas de tabes, méningite syphilitique, paralysie générale, sclérose en plaques, Parkinson post-encéphalitique, myélite, polynévrite, sciatique, arthrite chronique, pyélite, asthme, salpingite. Par contre, aucune influence ne put être notée sur la sclérose latérale amyotrophique, le zona, le psoriasis, les néphrites et, sauf une exception, les affections gonorrhéiques.

L'hyperthermie physique présenterait donc, d'après W., l'avantage sur les autres méthodes d'être plus facile à graduer et absolument sans danger.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

E. A. v. Willebrand et R. Jürgens. ***Une nouvelle maladie du sang, la thrombopathie constitutionnelle*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 11, 18 Mars 1933). — En mesurant le temps de thrombose, il a été possible à Morawitz et Jürgens de mettre en évidence l'existence d'une thrombasthénie vraie dans laquelle les plaquettes agglutinent d'une façon insuffisante. Cette maladie est différente de la thrombasthénie de Glanzmann dans laquelle le caillot se rétracte mal et les plaquettes sont dépourvues de granulations azur. D'autre part, W. et J. ont eu l'occasion d'observer dans trois familles une série d'hémophiles qui se rapprochent de l'observation de Morawitz et Jürgens et pour lesquels ils proposent le nom de thrombopathie constitutionnelle.

Cette maladie est héréditaire. Elle frappe les habitants des îles Aaland où la race nordique est très pure. Elle est récessive et liée au sexe alors que dans la maladie de Osler l'hérédité est simplement dominante et que, dans la thrombasthénie de Glanzmann, elle peut être dominante et liée au sexe car les femmes semblent plus atteintes. En tous cas, dans la thrombopathie il y aurait lieu d'admettre que la maladie est liée aux chromosomes X et peut, par conséquent, comme ce chromosome, être deux fois représentée chez les femmes et une seule fois chez les hommes.

Chez les malades observés, on constate des hémorragies cutanées et muqueuses (taches purpuriques, sugillations, suffusions, épistaxis, etc.). Les gencives présentent des altérations qui rappellent le scorbut. Des métrorragies et des hémorragies après l'accouchement sont fréquentes. Il a été également observé des gastrorragies, des entérorragies et des hématuries. Les arthropathies sont exceptionnelles. Les moindres plaies déterminent une hémorragie très longue. Dans deux cas, la mort est survenue de ce fait.

Au point de vue hématologique, on constate simplement des signes d'anémie secondaire. Les plaquettes sont normales au point de vue nombre et morphologie. Cependant les plaquettes moyennes et grosses sont certainement plus nombreuses que normalement; les granulations azur sont toujours présentes.

Le temps de saignement, d'après Duke, est très prolongé. Avec le thrombomètre capillaire, il a été constaté que le temps de thrombose est prolongé parfois jusqu'à trente-quatre minutes, soit 10 fois le chiffre normal. Un facteur vasculaire joue cer-

tainement un rôle qui cependant est secondaire car le phénomène de Rumpel-Leede n'est jamais si marqué que dans une thrombopénie essentielle. L'agglutination des plaquettes s'est toujours montrée un peu retardée. La proportion relative des protéines diverses du sérum était normale.

Ainsi, cette thrombopathie constitutionnelle se distingue de l'hémophilie en ce que le mécanisme de coagulation est normal par hypofonction de l'appareil plaquettes-vaisseaux. Elle se distingue également de la thrombopénie essentielle par le fait que le nombre des plaquettes est normal. Au point de vue traitement, W. et J. remarquent que les transfusions ont souvent donné de bons résultats de même que les hémostatiques ordinaires (autohémothérapie, clandène, coagulène, chlorure de calcium, etc.). L'irradiation de la rate est sans effet. La splénectomie paraît avoir été tentée une fois dans un cas de ce genre, en Amérique, mais le malade est mort peu après.

Un régime acidifiant (viandes et céréales), qui a de bons résultats dans la thrombopénie essentielle, semble en avoir également eu dans un cas.

P.-E. Morhardt.

M. Gundel et **G. Okura**. ***Recherches expérimentales sur les effets des sérums thérapeutiques concentrés dans l'infection pneumococcique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 11, 18 Mars 1933). — G. et O. remarquent que les résultats insuffisants constatés en Allemagne dans le traitement de la pneumonie par les sérums spécifiques n'ont pas de valeur démonstrative car cette thérapeutique exige l'emploi précoce de sérum concentré et monovalent en injection intraveineuse. Il est donc nécessaire de faire le diagnostic du type pneumococcique en trois ou quatre heures et au plus en huit heures. A côté de l'examen de l'expectoration, on doit également procéder à des hémocultures. C'est parce que ces méthodes de recherches ne sont pas employées convenablement que les résultats restent insuffisants.

Dans une série de recherches, G. et O. ont d'abord réalisé, chez des souris, une immunisation passive ou un traitement préventif par un sérum thérapeutique. Ils ont pu ainsi prévenir 7 fois sur 8 la mort par infection au moyen d'une souche de pneumocoques du type I. Dans le huitième cas, la mort n'est survenue qu'au bout de neuf jours alors que chez les contrôles elle est survenue au bout de vingt-deux heures au plus.

Dans une série d'autres recherches, le sérum a été employé thérapeutiquement. On a ainsi constaté que les effets se font sentir quand l'injection de sérum a lieu moins de dix heures après l'injection. Entre la sixième et la dixième heure, on observe que l'injection retarde appréciablement la mort.

En injection intraveineuse, le sérum a également des effets quand il est injecté assez tôt. De plus, on constate que le sérum fait disparaître complètement les pneumocoques du sang. Mais à partir de la septième heure après l'injection, il n'est plus possible de sauver l'animal mais seulement de retarder la mort.

En administrant deux doses successives de sérum dont la seconde intra-péritonéale, on n'a pas obtenu des résultats très différents des précédents. Les effets d'une seule dose intrapéritonéale ont été également très analogues. Ainsi, malgré la présence de bactériémie qui chez la souris est mortelle dans tous les cas, l'administration de sérum par voie intraveineuse ou intrapéritonéale pratiquée à temps a pu sauver des animaux.

Ces faits montrent que le sérum spécifique doit avoir également une action chez l'homme. Des observations faites montrent que le sérum fait augmenter très rapidement après son administration le taux des substances protectrices du sang, augmentation qui n'est spontanément observée qu'au cours de la crise.

P.-E. Morhardt.

Phillipp Keller. ***Réactions cutanées primaires et secondaires sous l'influence des ultra-violets*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 11, 18 Mars 1933). — On a montré que les réactions biologiques déterminées par les rayons ultra-violets au niveau de la peau sont constituées par une altération des ferments intra-cellulaires et une précipitation des solutions protéiniques. Cette altération a pu être constatée d'une façon directe. La précipitation des albumines est démontrée par les variations des phénomènes électrophysiologiques et notamment par la méthode de la cutipotentiométrie.

La peau représente un système complexe de membranes diversement chargées. La couche la plus externe, constituée par des débris cellulaires, par du sébum et des résidus de la sueur, est extrêmement labile au point de vue électrophysiologique. Les lavages en particulier ont une influence. Au-dessous de cette couche, on en trouve deux autres. L'une est constituée par la paroi fortement négative des pores. En outre, entre les pores, existe une couche épidermique d'une extrême vitalité qui est également chargée négativement. La charge de la membrane des pores varie dans certaines conditions, et constitue le facteur déterminant du réflexe psycho-galvanique. En outre, l'atropine ou l'imbibition de la peau par un pansement humide permet de supprimer le potentiel électrique de cette membrane.

Quant à la charge négative de la couche épidermique située entre les orifices des pores, elle correspond à la couche granuleuse. La membrane qui, dans cette couche, sépare les cellules, présente des orifices à travers lesquels les électrolytes dissociés peuvent migrer. Ainsi, par exemple, la pression chasse les cations les plus mobiles et rend le potentiel de la peau positif. La lumière ultra-violette possède également une action élective sur cette couche épidermique; elle détermine une décharge des parois protéiniques; en même temps les sols négatifs des protéines sont également déchargés puis précipités. La peau irradiée perd alors sa négativité. Cette altération est irréversible; elle ne disparaît qu'avec la période de latence, c'est-à-dire avec l'apparition de l'inflammation. Cette réaction immédiate est spécifique pour les rayons ultra-violets: elle n'apparaît pas si ces radiations sont interceptées par un écran approprié et elle s'observe si on rafraîchit la région exposée par un courant d'air froid.

En général, l'énergie de la réaction vasculaire au cours de la réaction secondaire correspond à la réaction primaire. Cependant, dans un cas d'hypersensibilité, on a constaté que sous l'influence de la lumière, la décharge n'était pas importante alors que la réaction vasculaire dépassait de beaucoup la normale. Dans ce cas, avec une décharge de 5,5 millivolts, on a effectivement constaté une réaction vasculaire difficilement observée après une décharge de 25 millivolts chez le sujet normal.

Quand on mesure, de façon continue, le potentiel cutané pendant l'irradiation, il apparaît des variations aussi bien dans la région expérimentée que dans la région de contrôle. Dans la région irradiée, la décharge commence au bout de quelques secondes. Elle se produit encore trente secondes après la cessation de l'irradiation.

P.-E. Morhardt.

D. Adlersberg et **A. Perutz**. ***Modifications pharmacologiques de l'inflammation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 12, 25 Mars 1933). — En étudiant la résorption des solutions cristalloïdes ou colloïdes administrées en injections intracutanées, il a été possible à A. et P. de constater que les applications qui déterminent une contraction des vaisseaux cutanés retardent la résorption et inversement. Tandis que le chlorure d'éthyle ralentit, le xylol au contraire accélère. Seule la pituitrine fait exception à cette règle: elle contracte les vaisseaux mais diminue le temps de résorption.

Il a été constaté ainsi que la pituitrine accélère la résorption des papules provoquées à l'aide des substances les plus diverses (chlorure de sodium, sérum, solan).

Sur l'inflammation provoquée par l'essence de moutarde, les résultats ont été analogues. La pituitrine inhibe l'inflammation, qu'elle soit administrée un peu avant, immédiatement après ou au moment de l'acmé de la réaction provoquée. L'effet anti-inflammatoire est le plus persistant de tous les effets de la pituitrine.

De même, la production d'une inflammation anaphylactique circonscrite chez des cobayes sensibilisés à l'égard du sérum de cheval est inhibée par la pituitrine surtout quant à la production d'œdème, mais un peu moins quant à la production de rougeur.

En utilisant divers narcotiques (chlorétone, uréthane), on a pu constater également que la formation d'œdème est fortement empêchée, la rougeur étant un peu moindre après traitement préalable au chlorétone. Avec l'uréthane, c'est l'inverse qu'on observe: l'œdème n'est guère modifié tandis que la rougeur est empêchée. La combinaison de chlorétone et d'uréthane est toxique. Il y a donc lieu de supposer que l'intégrité de certaines fonctions centrales est nécessaire pour que les réactions anaphylactiques se produisent.

P.-E. Morhardt.

Gaetano Viale. ***La signification de l'écorce des surrénales dans le métabolisme des hydrates de carbone*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 12, 25 Mars 1933). — V. a déjà eu l'occasion de montrer que les surrénales ont une grande signification dans le métabolisme des hydrates de carbone. L'extirpation du pancréas, par exemple, ne provoque pas d'hyperglycémie quand les surrénales sont enlevées. L'ablation simultanée du pancréas et des surrénales constitue d'ailleurs une opération sévère à laquelle l'animal ne survit que quelques heures. Néanmoins, cela suffit pour constater que la glycémie, après cette intervention, n'a passé que de 0,85 à 1 pour 1.000. Il semble donc que la suppression des surrénales fasse disparaître un facteur nécessaire pour que l'hyperglycémie apparaisse. Ce facteur siège certainement dans la corticale. L'injection d'un extrait actif de corticosurrénale à un chien auquel on a enlevé le pancréas et les surrénales élève la glycémie, par exemple de 1,82 à 2,8 pour 1.000.

De même, la glycogénolyse est nettement sous la dépendance des surrénales. L'absence de ces glandes empêche les muscles de former du lactacidogène ou, en tout cas, rend inactif les ferments qui permettent à cette substance d'apparaître. Des muscles soumis à l'autolyse dans l'étuve présentent une glycogénolyse beaucoup plus lente que normalement si ces muscles proviennent d'animaux morts d'insuffisance des surrénales.

La glycogénolyse se produit plus rapidement dans du sang tenu à l'étuve et additionné d'hormone de la corticale. Enfin, l'adrénaline provoque des réactions toxiques extrêmement fortes chez des animaux privés de surrénales mais non pas l'hyperglycémie qui survient chez les animaux normaux. Ainsi, tout un complexe de phénomènes contribue à montrer que la corticale intervient dans le métabolisme normal des hydrates de carbone.

P.-E. Morhardt.

Ken Kuré, Takaaki Nakaya, Seiji Murakami et **Shigeo Okinaka**. ***Hyperadrénalinémie dans l'hypertension essentielle et son traitement par l'atropine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 12, 25 Mars 1933). — On a souvent considéré l'hypertension comme l'expression d'un excès de fonctionnement des surrénales. Mais toutes les recher-

ches tentées jusqu'ici pour mettre en évidence, dans le sang, un excès d'adrénalinémie, ont échoué. Les difficultés qu'il y a à faire la constatation d'adrénaline dans le sang reposent, d'après K. et ses collaborateurs, sur le fait qu'elle est rapidement détruite avant que la détermination ait eu lieu, quand la réaction est neutre ou alcaline. Quand le pH est de 5,8, l'adrénaline en solution perd son activité très rapidement à l'air. Avec un pH de 5, par contre, elle la conserve assez longtemps.

Dans ces conditions, la méthode utilisée par K. et ses collaborateurs a consisté à éviter le contact du sang et de l'oxygène et en même temps à acidifier le sang par une solution d'acide chlorhydrique à n/1.000. Avec le sang ainsi préparé, on a irrigué des vaisseaux de grenouille selon la méthode de Laewen-Trendelenburg ou encore des vaisseaux de l'oreille du lapin d'après la méthode de Krakow-Pissemskii.

On a mesuré ainsi le taux de l'adrénaline du sang de 10 sujets sains. On a d'abord constaté que cette mesure, quand elle avait lieu à l'air, ne donnait aucun résultat. Par contre, à l'abri de l'oxygène, on a trouvé des chiffres variant de 1 : 1.900.000 à 1 : 2.000.000. Chez les sujets présentant de l'hypertonie, on a trouvé des proportions variant de 1 : 600.000 à 1 : 1.000.000. En cas de sclérose rénale, elles ont varié de 1 : 1.200.000 à 1 : 1.400.000.

On s'est demandé également si l'apparition de la substance presseuse n'est pas due à l'addition d'acide. Mais chez les hypertoniques, le sang artériel contient une forte proportion d'adrénaline alors que le sang veineux en est dépourvu, ce qui revient à dire que dans ce sang-là l'acidification ne suffit pas pour faire apparaître l'adrénaline. Il paraît, en effet, très vraisemblable à K. et ses collaborateurs que la substance qui détermine la constriction des vaisseaux d'expérience est effectivement l'adrénaline elle-même.

Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que chez les hypertoniques, le parasympathique déclenche la sécrétion d'adrénaline. L'atropine doit alors pouvoir réduire cette sécrétion d'adrénaline. C'est pourquoi 94 hypertoniques ont été soumis à un traitement qui a consisté à donner, 3 fois par jour, trois heures après les repas, des pilules de 0,2 milligr. de sulfate d'atropine.

On a constaté ainsi qu'en un temps variant de trois à dix jours, la pression s'est abaissée 64 fois : 10 fois de 10 à 15 mm.; 25 fois de 16 à 30 mm. et 29 fois de 31 à 50 mm. Un abaissement de plus de 70 mm. a été observé à plusieurs reprises.

L'effet favorable a été obtenu en cas d'hypertension essentielle 20 fois sur 22; en cas de sclérose rénale essentielle 34 fois sur 43 et en cas de néphrite chronique 4 fois seulement sur 19. Dans les cas d'hypertension avec maladie du cœur, cette thérapeutique a été inefficace et dans l'hypertension avec syphilis on a constaté une action thérapeutique 4 fois sur 13. En dosant l'adrénaline du sang après la cure, on a observé une diminution nette.

K. et ses collaborateurs conseillent ce traitement surtout au stade de début de l'hypertonie essentielle.

P.-E. Morhardt.

Hans Hartmann. ***La formule sanguine aux altitudes élevées*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 12, 25 Mars 1933). — H. a fait partie de l'expédition allemande de l'Himalaya, en 1931. Au cours de cette expédition qui comprenait dix participants, il a été fait un séjour de plusieurs mois à 5.000 mètres d'altitude. Le groupe de pointe a atteint pendant sept semaines une altitude telle que dans plusieurs cas on a pu faire des frottis de sang à 7.600 mètres. Ces frottis n'ont d'ailleurs été examinés qu'au retour en Allemagne.

On a ainsi constaté qu'à une altitude moyenne de 3.000 mètres, il survient une lymphocytose d'environ 45 pour 100. Il s'agit, selon l'expression de Rupanner, d'une lymphocytose d'agglutination. Les lymphocytes observés sont souvent très gros et très riches en protoplasma et doivent être considérés comme des formes jeunes. Il apparaît également des formes d'irritation se teignant très fortement. En même temps, le nombre des cellules éosinophiles augmente et atteint 5 pour 100. Progressivement, au cours d'une dizaine de semaines, cette lymphocytose d'acclimatation disparaît, même si les sujets d'observation continuent à s'élever. Enfin, à 7.600 mètres, on a retrouvé, chez les cinq personnes examinées, une formule sanguine tout à fait normale. On a simplement constaté une hypersegmentation des neutrophiles qui survient dans certaines avitaminoses comme le béribéri et le scorbut, fait en accord avec le régime alimentaire suivi par les membres de l'expédition et avec les symptômes observés du côté des phanères et des gencives.

En ce qui concerne les globules rouges, on a constaté de l'anisocytose avec gros érythrocytes présentant une coloration plutôt basophile. Il apparaît également quelques macrocytes. Mais on n'a pas trouvé de globules nucléés sur les préparations provenant de 7.600 mètres.

P.-E. Morhardt.

J. M. Sacristan et **M. Peraita.** ***Le taux du brome du sang dans la folie maniaque dépressive*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 12, 25 Mars 1933). — Les observations de S. et P. ont porté exclusivement sur des femmes atteintes de folie maniaque dépressive typique. Les cas atypiques et les cas douteux ont effectivement été laissés de côté. Dans les 13 cas ainsi examinés, on a trouvé des taux de bromure variant de 188 à 685 gammas pour 100 gr. Dans un de ces cas, on a pu constater, après amélioration de l'état, que le bromure du sang avait augmenté de 250 gammas. Chez deux sujets atteints depuis très longtemps, ayant fait de nombreuses crises maniaques et mélancoliques, on a constaté des chiffres très faibles (161 et 188 gammas). Les chiffres les plus élevés (684 et 685 gammas) ont été constatés en cas d'hypomanie légère.

D'autre part, ces mêmes recherches ont été poursuivies chez 10 sujets atteints d'affections telles que la démence sénile, l'épilepsie, la psychopathie post-encéphalitique, la catatonie, la schizophrénie, etc. Les chiffres ont alors varié de 727 à 1.907 gammas pour 100 gr. Le chiffre le plus faible a été observé dans un cas de stupeur catatonique. Un cas de maladie du sommeil tropicale souffrant d'insomnie et de dépression hypocondriaque a donné un taux de brome normal bien qu'à la limite inférieure.

P.-E. Morhardt.

F. Gebhardt et **J. Klein.** ***Acétylcholine et suc gastrique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 13, 8 Avril 1933). — Les effets de l'acétylcholine sur le suc gastrique ont été étudiés chez 50 malades présentant de la subacidité ou de l'anacidité. On a ainsi constaté qu'une seule injection d'acétylcholine, à la dose de 10 centigr., a déterminé, 9 fois sur 26, une augmentation de l'acidité qui débute au bout de dix minutes et cesse vingt-cinq à trente-cinq minutes plus tard. Elle est d'ailleurs beaucoup moins importante que celle qui est constatée, dans les mêmes conditions, sous l'influence d'histamine. En outre, l'acétylcholine a une action sur la sécrétion aqueuse de l'estomac qu'elle augmente beaucoup (10 fois sur 14).

Une seule injection d'acétylcholine a déterminé également une augmentation des chlorures totaux du suc gastrique dans les 10 cas où ce dosage a été pratiqué.

Il a été fait, de plus, des essais thérapeutiques qui ont consisté à injecter quotidiennement, 10 centigr. d'acétylcholine pendant plusieurs jours. Sous cette influence, il n'a été constaté aucune modification chez les malades présentant de la subacidité ou de l'anacidité. Cependant, ces malades se sont sentis améliorés notamment au point de vue de l'inappétence. De plus, il semble que la motricité de l'estomac ait été également favorablement modifiée par l'acétylcholine au moins pendant la durée du traitement.

P.-E. Morhardt.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

Walter Landauer. ***Température et pigmentation du plumage; signification de la thyroïde relativement à leurs relations*** (*Endokrinologie*, t. XII, n° 4, Avril 1933). — Au cours de ses expériences, L. a plumé des poules sur une moitié du corps et observé comment l'apparence des nouvelles plumes varie suivant que les animaux se trouvent dans des locaux chauffés (plus de 5 degrés) ou non chauffés (au voisinage de 0 degré ou au-dessous).

Dans le premier cas, le nouveau plumage s'est montré tout à fait normal. Mais dans le second cas, on a constaté des anomalies de la pigmentation particulièrement au niveau des grandes plumes de la queue, des plumes de la poitrine et des cuisses. On a constaté chez les poules noires de la dépigmentation. Chez les poules colorées, il y a eu simultanément dépigmentation et hyperpigmentation, ces phénomènes étant observés parfois en même temps sur une même plume : la dépigmentation était en général localisée au sommet de la plume tandis que l'hyperpigmentation s'observait sur le tiers inférieur. Dans quelques cas, les plumes se sont montrées plus étroites que d'ordinaire. Les plumes qui ont cru les premières et les dernières ont présenté une pigmentation normale.

Il faut admettre que la perte de chaleur survenue chez ces animaux et l'augmentation du métabolisme consécutive ont dû s'associer à une augmentation de la sécrétion de la thyroïde. Une fois que les nouvelles plumes ont atteint un certain degré de développement, la perte de chaleur a diminué et le métabolisme s'est réduit. Dans leur ensemble ces phénomènes montrent qu'il y a des relations étroites entre l'activité de la thyroïde et le métabolisme. Ils montrent également que les caractéristiques de l'hyperthyroïdisme chez les poules n'apparaissent que lorsque la proportion de thyroïde dépasse les besoins du métabolisme.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLAT für CHIRURGIE
(Leipzig)

Bsteh et **Teichmann** (Vienne). ***Cas d'embolie pulmonaire après traitement des varices par les injections*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LX, n° 7, 18 Février 1933). — Les promoteurs du traitement des varices par les injections sclérosantes insistent sur sa bénignité. D'après un relevé de Theeters et Rice, 53.000 cas n'auraient donné que 2 morts; une autre statistique plus étendue et portant sur 150.000 cas indique 20 morts, qui ne paraissent pas toutes en rapport avec le traitement. Ces chiffres sont bien au-dessous de ceux concernant les ligatures ou extirpations de varices, qui accusent de 0,5 à 3 pour 100 de morts par embolie.

Mais on peut se demander si ces énormes statistiques ont une valeur absolue et si tous les cas malheureux sont publiés, quand on voit B. et T. rapporter 3 observations de thromboses étendues avec embolies pulmonaires (dont 1 mort) après injections sclérosantes pour varices.

Un homme de 22 ans, trois semaines après une

injection de « varicosmon », est pris brusquement de malaise et de point de côté; fièvre à 40; thrombose veineuse de la jambe droite, pneumonie embolique du lobe supérieur gauche; les jours suivants, deux nouvelles embolies pulmonaires et évolution d'une septicémie, avec empyème et parotidite, qui finit par emporter le malade.

Les deux autres cas ont eu une terminaison moins tragique; mais, dans tous les deux, il y eut une thrombose étendue des membres inférieurs et des signes évidents d'embolie pulmonaire; les malades ont guéri finalement, mais l'un d'eux avait passé un an à l'hôpital.

Ch. Lenormant.

ZENTRALBLATT für GYNAKOLOGIE (Leipzig)

M. Tausch. ***Un cas d'herpès zoster congénital chez le nouveau-né*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVI, n° 27, 2 Juillet 1932). — L'herpès zoster est une maladie de l'adulte. Il est assez rare de l'observer chez l'enfant pour que F. rapporte une observation caractéristique d'herpès zoster chez un nouveau-né.

L'aspect des vésicules toutes semblables, dont les dimensions allaient de la tête d'une épingle à celle d'une lentille, leur disposition segmentaire, sur le territoire de L^4 (face postérieure de la jambe droite, un peu en dedans), l'évolution de l'exanthème vésiculeux dont le contenu clair se troubla vers les quatrième et cinquième jours, pour faire place à des ulcérations couvertes de croûtes qui tombèrent en trois semaines, l'aspect gris bleuté de la peau qui persista longtemps après la cicatrisation, tout confirme le diagnostic fait à la clinique des maladies cutanées de Tübingen.

Desmarest.

Gertrüd Miegel. ***L'anesthésie épidurale*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVI, n° 32, 6 Août 1932). — L'anesthésie épidurale n'a été employée que rarement pour les grandes opérations gynécologiques. Aussi la statistique de M., qui comprend 370 anesthésies épidurales, est-elle intéressante.

Dans 85 pour 100 des cas, l'anesthésie fut parfaite. Dans 10 pour 100 des cas, on dut donner quelques bouffées d'éther. A noter que l'anesthésie se montra aussi satisfaisante dans les opérations abdominales que dans les interventions vaginales. On n'eut à déplorer qu'un seul cas de mort à la douzième heure, après une hystérectomie pour un fibrome compliqué de salpingite. L'autopsie ne décela aucune cause de mort explicable. Les suites opératoires furent très favorables. Une seule escarre du décubitus fut observée et guérit très facilement. Dans un cas où l'anesthésie avait été insuffisante, on fit respirer à une malade, qui avait une légère bronchite, une petite quantité d'éther et le cinquième jour, après l'opération, la malade succombait à une broncho-pneumonie. Cette observation, qui vaut contre l'éther, ne saurait entrer en ligne de compte contre l'anesthésie épidurale.

Desmarest.

LE SCALPEL (Bruxelles)

E.-J. Bigwood. ***Modifications du métabolisme dans le cancer. Applications au diagnostic médical de cette maladie*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVI, n° 4, 28 Janvier 1933). — De nombreuses et variées recherches d'ordre chimique ont été faites dans le but d'élucider la cause du cancer et de trouver une épreuve biologique spécifique et fidèle qui permette de dépister un cancer latent ou d'affirmer un diagnostic douteux. Aucune méthode d'examen de laboratoire n'a encore donné à l'un de ces points de vue des résultats satisfaisants, mais il faut retenir l'intérêt que présentent, du point de vue physio-pathologique, les travaux concernant la glycorégulation, l'équilibre protéique, le métabolisme salin, surtout celui du potassium et enfin, l'équilibre acide-base dans le cancer.

Le métabolisme de base du cancéreux est normal sauf une élévation en moyenne de 10 à 20 pour 100 à la période cachectique de la maladie, modification banale dans tous les états cachectiques.

Le métabolisme des pigments biliaires n'est pas altéré dans le cancer.

La recherche du pouvoir antitrypsinique du sérum, des ferments érepsiniques dans les tumeurs malignes et dans le sérum des cancéreux, les ferments de défense d'Abderhalden ont donné quelques espoirs et un certain nombre de réactions basées sur l'étude des catalyseurs d'oxydation et de réduction ont été proposées.

B. donne ensuite quelques détails sur les recherches faites sur le métabolisme des glucides, des lipides, des protides, sur le métabolisme minéral et sur l'équilibre acides-bases chez les cancéreux.

Robert Clément.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

H. Irish et **E. Reynolds.** ***Gangrène massive anaphylactique (Phénomène d'Arthus).*** [*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 7, 18 Février 1933.] — L'apparition d'un phénomène d'Arthus chez l'homme est une éventualité rare: il n'en existe que quelques observations. Aussi est-il intéressant de lire l'observation de I. et R., qui ont vu, chez un enfant de 28 mois, survenir une gangrène massive de la fesse à la suite de 5 injections intramusculaires de sérum anti-méningococcique. Il est important de noter que, comme dans les observations antérieures, la sensibilisation était liée probablement à une vaccination anti-diphtérique par le mélange toxine-antitoxine: étant donné la généralisation de plus en plus grande de cette vaccination, il est probable que les cas de phénomène d'Arthus vont devenir de plus en plus fréquents. Notons encore qu'à l'heure actuelle, toutes les observations publiées concernaient de jeunes enfants, et que toutes se sont terminées par la mort du malade.

R. Rivoire.

G. Fitzhugh et **B. Hamilton.** ***L'infarctus du myocarde et l'angine de poitrine mortelle: étude de leurs causes immédiates et de leur prévention*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 7, 18 Février 1933). — Les malades souffrant d'angine de poitrine coronarienne, c'est-à-dire ayant de temps en temps une crise d'angor d'effort par suite d'artério-sclérose des coronaires, peuvent vivre très longtemps avec leur maladie, à condition de mener une vie calme et d'éviter les efforts et les écarts de régime. Les auteurs, étudiant de près les crises d'angine mortelle ou d'infarctus du myocarde qui terminent d'ordinaire ces maladies, ont constaté que, dans la presque totalité des cas, les complications succédaient à une faute de régime ou à un effort violent, à des excès alcooliques ou alimentaires, à une alimentation insuffisante, parfois à une émotion violente ou une intervention chirurgicale. Il y a donc chez ces malades une importance très grande de conseiller l'abstention de tous excès et en particulier des excès de table.

R. Rivoire.

W. Kountz et **H. Alexander.** ***L'emphysème essentiel*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 8, 25 Février 1933). — L'étiologie d'emphysème essentiel, non obstructif, qui apparaît d'ordinaire chez les vieillards artérioscléreux, est encore tout à fait mystérieuse. Freund soutint autrefois que c'était une affection essentiellement osseuse, due à l'ossification des cartilages costaux et à l'ankylose des articulations costo-vertébrales, mais sa théorie ne résistait pas à un examen anatomo-pathologique: aussi les théories habituelles font-elles jouer le rôle essentiel à une lésion pulmonaire primitive.

Les auteurs, ayant remarqué que dans l'emphysème essentiel la respiration costale est presque abolie, et la respiration diphragmatique très augmentée, à l'inverse de ce qui s'observe dans l'emphysème par obstruction broncho-pulmonaire, ont repris l'étude des modifications squelettiques de la cage thoracique chez le vieillard emphysémateux. Ils observèrent dans tous les cas un élargissement considérable de la cage thoracique dû à une verticalisation de la colonne dorsale, allant dans les cas avancés jusqu'à la cyphose. Cette verticalisation de la colonne vertébrale, qui semble due à une dégénérescence des disques intervertébraux, détermine en outre une diminution de l'amplitude des mouvements costaux: il en résulte une dilatation permanente des alvéoles pulmonaires, suivie assez rapidement de sclérose.

R. Rivoire.

G. Kempf, J. Mc Callum et **L. Zerfas.** ***Un traitement efficace de l'empoisonnement par la strychnine: résumé de 11 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 8, 25 Février 1933). — Dans l'intoxication par la strychnine, la mort est due essentiellement aux spasmes des muscles respiratoires et à l'asphyxie qui en découle. De nombreuses méthodes ont été préconisées pour faire disparaître ces spasmes; la plus employée est l'anesthésie générale par l'éther ou le chloroforme; mais malheureusement la dose nécessaire pour contrôler les crises convulsives est d'ordinaire mortelle.

Il vient évidemment à l'esprit d'utiliser dans ce but les injections intraveineuses de composés barbituriques, dont l'action antispasmodique est considérable, qui sont peu toxiques même à forte dose, et dont, par extraordinaire, la strychnine diminue la toxicité. Les auteurs ont utilisé cette méthode dans un cas d'empoisonnement par la strychnine, à dose plusieurs fois mortelle. Dans tous les cas, le succès a été complet, la guérison très rapide: dans 10 de ces cas, la drogue employée fut l'isoamyléthylbarbiturate (sodium amytal) et dans un cas seulement le pentobarbitate de sodium. La dose utilisée a varié suivant le poids du corps et l'intensité des convulsions: elle était en moyenne de 1 gr. La règle est d'injecter la quantité juste suffisante pour faire cesser les convulsions ou pour produire le sommeil. Il faut répéter les injections lorsque les convulsions reparaissent.

Cette méthode, d'après la théorie et d'après les résultats obtenus, paraît digne de la plus grande attention. Elle est facile à appliquer, et ses résultats sont si remarquables qu'il est même inutile de pratiquer un lavage d'estomac.

R. Rivoire.

A. Werner et **W. Collier.** ***L'action des injections de folliculine chez la femme castrée*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 9, 4 Mars 1933). — Si l'on sait depuis longtemps que la folliculine est capable chez le petit animal de faire revenir à son état normal le tractus génital de la femelle castrée, les documents manquaient encore pour affirmer qu'il était possible d'obtenir une action analogue chez la femme ovariectomisée. C'est dans ce but que les auteurs ont entrepris leur travail: ils ont administré à plusieurs femmes castrées des doses journalières

de folliculine cristallisée (Theeline Parke, Davis et C°) variant de 200 à 400 unités-rats, ont observé les modifications macroscopiques du tractus génital et des reins, et ont étudié les modifications histologiques de l'endomètre à l'aide des biopsies répétées.

De cette étude, il résulte que la folliculine à doses suffisantes est aussi capable de faire rétrocéder l'atrophie génitale post-castrale chez la femme que chez les rongeurs : macroscopiquement, après un traitement de quinze jours en moyenne, l'aspect des reins et de l'utérus est celui d'une femme non castrée; microscopiquement, l'endomètre est dans le même état que celui d'une femme au moment de l'ovulation.

Enfin, dans tous les cas, les injections de folliculine ont déterminé l'apparition de pertes périodiques, en rien discernables cliniquement des hémorragies menstruelles.

Subjectivement, ces injections déterminent la disparition des symptômes désagréables si fréquents chez les femmes castrées, et dans la plupart des cas une augmentation très nette du « libido ».

R. Rivoire.

R. Isaacs, C. Sturgis, S. Goldhamer et **F. Bethell.** ***L'extrait hépatique intraveineux dans le traitement de l'anémie pernicieuse*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 9, 4 Mars 1933). — I., S., G. et B. ont réussi à préparer un extrait hépatique très actif et parfaitement toléré en injections intraveineuses, en filtrant les extraits commerciaux à travers du « Permutit » (poudre absorbante) et en traitant par l'acétone le filtrat. Une injection intraveineuse de cet extrait (obtenu à partir de 125 gr. de foie) est faite chaque semaine aux malades atteints d'anémie pernicieuse jusqu'à ce que le chiffre des hématies soit remonté à la normale; puis, une injection chaque mois suffit à maintenir ce chiffre. Une crise réticulocytaire est obtenue par cette méthode avec une quantité de tissu hépatique 40 fois moindre que par la méthode des ingestions; cette technique représente donc une forte économie, une contrainte beaucoup moindre pour le malade, et pour le médecin la certitude que la substance thérapeutique est réellement absorbée.

Enfin, la préparation de cet extrait par filtration à travers le « permutit » permet d'affirmer que la substance active ne fait pas partie du groupe des substances absorbées par ce réactif (histamine, triméthylamine, lysine, histidine, pipéridine, glucosamine, guanidine, hydroxylamine et lécithine). De même, il ne s'agit pas d'une substance lipoïdique, puisque l'extraction par l'acétone ne diminue pas l'activité des extraits; et il ne s'agit pas non plus d'une albumine, car les premiers stades de la préparation des extraits éliminent complètement ces substances. Enfin, parmi les substances qui ne sont pas absorbées par le « permutit », les essais cliniques ont montré qu'il ne s'agissait ni d'acide glutamique, ni de cystine.

Il est certain que le moment approche de l'isolement de l'hormone hématopoïétique du foie.

R. Rivoire.

G. Drolet. ***La mortalité par diabète à New-York pendant la période 1901-1931*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 10, 11 Mars 1933). — Malgré la découverte de l'insuline, la mortalité par diabète, qui était de 501 à New-York pendant l'année 1901, est montée à 1.921 en 1931. Si l'on tient compte que la population de New-York n'a fait que doubler pendant la même période, il en résulte que la mortalité moyenne est donc deux fois plus forte qu'il y a trente ans.

Cette augmentation est surtout notable pour les femmes, alors que la mortalité masculine ne s'est guère modifiée. En fait, il meurt à l'heure actuelle à New-York par le diabète plus de femmes que d'hommes, alors que c'était le contraire il y a trente ans.

Il est probable que cette augmentation de la mortalité est due à une augmentation de la fréquence de la maladie, liée probablement à l'augmentation considérable de la population juive de New-York : la race israélite est, en effet, beaucoup plus sensible au diabète.

Il est intéressant en outre de noter que la guerre a été suivie d'une assez sensible diminution de la mortalité diabétique (peut-être à cause des restrictions alimentaires), mais que l'introduction en thérapeutique de l'insuline en 1923 n'a amené qu'une régression légère et temporaire, bientôt suivie d'une ascension rapide et continue de la mortalité.

R. Rivoire.

K. Jackson, T. Kutsunai, L. Leader et **L. Joseph.** ***Action des solutions glucosées hypertoniques sur la pression intracranienne dans les lésions craniennes aiguës*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 10, 11 Mars 1933). — J., K., L. et J. ont étudié de façon précise l'action des injections intraveineuses de sérum sucré sur la tension rachidienne au cours des hypertensions traumatiques: ces injections sont répétées diminuer la tension. En fait, le sérum glucosé détermine une augmentation immédiate de la tension dans 50 pour 100 des cas, et dans tous les cas une augmentation nette quinze à trente minutes après.

Il semble donc tout à fait illogique d'utiliser le sérum sucré dans l'espoir de diminuer l'hypertension cranienne après un traumatisme céphalique, cette pratique semblant au contraire nuisible d'après les résultats expérimentaux de J.

R. Rivoire.

E. Lain. ***Lésions électrogalvaniques de la cavité buccale produites par des dentiers métalliques*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 10, 11 Mars 1933). — La salive humaine étant un excellent électrolyte, les dentiers fabriqués à l'aide de plusieurs métaux différents se comportent dans la cavité buccale comme une source de courant galvanique, et peuvent donc déterminer des lésions muqueuses électriques. Les symptômes en sont d'intensité variable: goût métallique, salivation, érosions, leucoplasies, brûlure de la langue, irritabilité, car ces symptômes disparaissent rapidement lorsqu'un dentier d'électropotentiel nul est substitué à l'ancien.

Ces lésions sont extrêmement fréquentes, et le dentiste doit donc toujours s'efforcer d'employer des métaux dont le potentiel électrique soit identique.

R. Rivoire.

H. Lichtenberg, M. Werner et **E. Lueck.** ***La pathogénéité du bacille fusiforme et du spirille de Plaut-Vincent : étude clinique et expérimentale*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 10, 11 Mars 1933). — Le rôle pathogène de l'association fuso-spirillaire de Vincent dans la stomatite et l'angine dite de Vincent était jusqu'à ce jour universellement admis. Or, l'étude clinique et expérimentale que publient les auteurs tend à remettre fortement en question le rôle pathogène de ces organismes.

En premier lieu, L., W. et L. ont essayé de reproduire expérimentalement la stomatite en injectant à des cobayes des cultures pures de bacille fusiforme dans des tissus traumatisés: en aucun cas, ils ne purent obtenir d'infection. D'autre part, l'examen bactériologique des amygdales prélevées par tonsillectomie sur plus de 100 enfants montra la présence du fuso-spirille dans 45 pour 100 des cas, et dans 50 pour 100 des cas sur les fausses membranes développées sur la blessure chirurgicale. D'autres expériences sur l'animal montrèrent que le fuso-spirille se montrait constamment dans les fausses membranes développées sur des ulcères traumatiques de la bouche des cobayes, et que ni l'injection ni l'application *in situ* de novar n'empêchaient l'apparition de ces organismes, pas plus qu'ils ne hâtaient la cicatrisation.

Enfin, les auteurs ont étudié l'évolution de 16 cas consécutifs de stomatite ulcéreuse grave chez des enfants, et ont constaté dans tous les cas la guérison en quatre à sept jours sans aucun traitement, ce qui se compare favorablement à ce qu'on obtient avec diverses drogues proposées pour leur thérapeutique.

De cette étude, il semble résulter que le rôle pathogène de l'association fuso-spirillaire a probablement été très exagéré: peut-être s'agit-il d'un vulgaire saprophyte ou d'un microbe de sortie.

R. Rivoire.

W. Chester et **L. Spiegel.** ***Le diabète insipide héréditaire*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 11, 18 Mars 1933). — Le diabète insipide héréditaire est relativement rare: il n'en existe qu'une douzaine d'observations dans la littérature médicale. Les auteurs donnent dans cet article l'histoire d'une famille où le diabète insipide existe depuis pour le moins trois générations. L'étude de cet arbre généalogique montre que l'affection ne suit pas dans sa transmission héréditaire la même loi que l'hémophilie, contrairement à une opinion assez répandue: la maladie peut atteindre, en effet, les mâles et les femelles, et se transmet aussi bien par l'homme que par la femme.

Chez les malades étudiés par C. et S., la radiographie du crâne ne montra aucun symptôme d'atteinte hypophyso-tubérienne, comme c'est d'ailleurs la règle dans le diabète insipide héréditaire. Le seul symptôme d'ordre sans doute hypophysaire est la constatation dans deux cas d'une courbe de glycémie provoquée du type diabétique faible.

Le diabète insipide héréditaire est une affection très bénigne, compatible avec une vie très longue: dans les cas rapportés ici, la thérapeutique habituelle par les extraits post-hypophysaires (sous-cutanés ou par voie nasale) s'est toujours montrée capable de contrôler la polyurie.

R. Rivoire.

W. Walters. ***Gastrectomie totale pour cancer: études chimiques et physiologiques pendant une période de deux ans, consécutive à l'intervention*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 11, 18 Mars 1933). — Plusieurs auteurs, ayant signalé l'apparition d'une anémie pernicieuse après gastrectomie totale, et cette anémie pernicieuse étant considérée comme la preuve expérimentale de la sécrétion par l'estomac d'une hormone hématopoïétique, les auteurs publient une observation qui prouve à tout le moins que l'apparition d'une anémie pernicieuse n'est pas fatale après gastrectomie totale. Dans leur cas, en effet, de nombreuses numérations sanguines faites pendant une période de deux ans après l'intervention ne montrèrent aucune modification appréciable de la teneur du sang en hématies et en hémoglobine, ni de modifications sensibles de la morphologie des éléments figurés. Les auteurs suggèrent que l'anémie des cas publiés antérieurement était due probablement à une métastase non diagnostiquée.

R. Rivoire.

R. Cowgill et **A. Sullivan.** ***Nouvelles observations sur l'usage du son comme laxatif*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 11, 18 Mars 1933). — C. et S. ont entrepris une série d'expériences cliniques pour démontrer la

valeur remarquable du son dans le traitement de la constipation habituelle. 6 hommes atteints de constipation rebelle furent nourris avec une nourriture normale contenant en outre 90 milligr. de son par kilogramme corporel. Le résultat se montra parfait dans les six cas, alors qu'un régime antérieur à base de fruits s'était montré incapable de faire disparaître la constipation. Un son pulvérisé et modifié, plus facile à ingérer que le son commercial, donna également de bons résultats, quoique un peu inférieurs.

Les auteurs ont ensuite étudié les selles d'individus normaux comparativement à celles d'individus constipés : ils observèrent chez ces derniers une disparition presque totale des débris cellulosiques alimentaires, qui sont assez abondants chez l'homme sain. Les auteurs suggèrent que cette digestion trop complète des débris cellulosiques est peut-être la cause de la constipation : l'administration de son, c'est-à-dire de particules cellulosiques ou digestibles, suppléerait donc chez les constipés l'autolyse excessive du bol alimentaire.

R. Rivoire.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

J. E. Howard et **Agnès de Lawder**. ***L'insuline cristallisée dans le traitement du diabète sucré*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LII, n° 3, Mars 1933). — H. et L. ont comparé l'efficacité sur le diabète humain de l'insuline cristallisée et d'une préparation commerciale d'insuline.

L'insuline cristallisée préparée à la J.H.U. par plusieurs recristallisations était d'une grande pureté et son activité physiologique, dosée sur le lapin, de 24 unités internationales par milligramme.

4 diabétiques ont été d'abord mis en équilibre par le régime et l'insuline commerciale, puis on a substitué à cette dernière des doses équivalentes d'insuline cristallisée. A part une légère augmentation de la tolérance pour les hydrates de carbone que l'on peut observer chez tout diabétique en traitement, on ne décela aucune différence appréciable au point de vue clinique entre les périodes durant lesquelles les malades étaient traités par l'insuline commerciale ou par l'insuline cristallisée. On peut donc conclure de cet essai que les effets thérapeutiques de l'insuline cristallisée sur les diabétiques sont les mêmes que ceux des préparations commerciales d'insuline à dose équivalente.

Robert Clément.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

David Fyfe Anderson. ***Tachycardie paroxystique chez la femme enceinte*** (*British medical journal*, n° 3762, 11 Février 1933). — Dans une communication antérieure, A. avait cité le cas d'une femme atteinte de tachycardie paroxystique qui n'eut aucun accès pendant la durée de sa grossesse. Dans cet article, il rapporte l'observation d'une femme ayant eu 7 grossesses qui, au contraire de la précédente, eut des crises de tachycardie à partir de la quatrième grossesse et seulement pendant la grossesse. Jamais une crise de tachycardie ne survint au cours du travail et celui-ci se fit toujours facilement en dépit de la lésion cardiaque. Chez cette femme, après la quatrième grossesse, un élément rénal s'ajouta peut-être à la lésion cardiaque. Il est possible, selon A., que dans le premier cas, l'activité endocrine développée au cours de la grossesse ait eu une action sur les accès de tachycardie; dans le deuxième cas, l'activité endocrinienne n'aurait pas été dirigée dans le bon sens.

André Plichet.

Stanley Hillman. ***La jéjunostomie dans le traitement de l'ulcère gastrique massif*** (*British medical journal*, n° 3762, 11 Février 1933). — H. rapporte 2 cas d'ulcère gastrique massif dans chacun desquels le malade était en si mauvaise condition, que l'opération immédiate et complète fut jugée impossible. Dans chaque cas une jéjunostomie permit une telle amélioration que l'opération radicale devint possible par la suite.

La jéjunostomie supprima rapidement toute la souffrance dont se plaignaient les malades, montrant que seul le repos soulage l'estomac dans ces cas-là.

Un des malades ne fut opéré que huit mois après la jéjunostomie qui fut suffisante pour alimenter le malade et le mettre en état de supporter une large opération. Chez ce malade l'ulcère avait complètement régressé sans autre médication que le repos complet de l'estomac et ne se révéla que par des adhérences de la petite courbure au foie. On fit alors une gastrectomie et une gastro-jéjunostomie.

2 cas seulement ne permettent pas de tirer des conclusions dogmatiques mais peuvent engager à recommencer devant de nouveaux cas d'ulcère massif.

André Plichet.

J. Gordon. ***La résistance naturelle de l'organisme aux maladies microbiennes*** (*British medical journal*, n° 3763, 18 Février 1933). — L'étude de la défense de l'organisme contre les maladies infectieuses n'a pas dépassé de beaucoup le stade descriptif. On en est réduit encore aux hypothèses. Le complément hémolytique, le plus simple des agents de défense, semble être composé de quatre éléments : un élément associé à la globuline, un second élément associé à la sérine, un troisième élément qui serait un ferment, un quatrième qui est détruit par de petites quantités d'alcalins. Mais même pour ce complément, l'idée qu'il est un état physique particulier des protéines du sérum n'est pas admise par tous les auteurs. Cependant il semble bien que le pouvoir des protéines de se combiner plus ou moins avec les acides ou les bases favorise la formation du complément ou sa dispersion.

Le pouvoir bactéricide d'un sérum et le complément hémolytique ont la même constitution et sont probablement identiques. A côté de ces deux moyens de défense, il existe des substances sécrétées par les globules blancs que l'on peut appeler leukines ou lysines. Les leukines sont thermostables, les lysines seraient détruites par la chaleur. Enfin on a décrit récemment les lysozymes, substances qui existeraient dans les différentes sécrétions de l'organisme.

André Plichet.

Maitland Ramsay. ***Quelques symptômes oculaires précoces par abus du sucre et des féculents*** (*British medical journal*, n° 3763, 18 Février 1933). — La vision dépend de la circulation du sang dans les capillaires de la rétine et de la choroïde qui sont parmi les plus délicats de l'organisme. Chez les enfants nourris de féculents, de pommes de terre, de farines sucrées, chez ceux qui mangent beaucoup de pâtisserie, sans que pour cela leur tolérance pour les hydrates de carbone soit diminuée, on peut voir apparaître une conjonctivite phlycténulaire qui précède souvent les troubles intestinaux, la carie dentaire. Cette conjonctivite cause un spasme des fibres circulaires de l'iris qui se traduit par de la photophobie. On remarque également une congestion localisée des vaisseaux de la conjonctive sur lesquels siègent les petites phylctènes. Cette conjonctivite granuleuse est la porte ouverte à des complications infectieuses parmi lesquelles l'ulcération de la cornée est la plus grave.

Ces troubles sont dus à un changement dans la composition du sang et à l'augmentation de la perméabilité des parois des capillaires aux colloïdes, en rapport avec le trouble du métabolisme des hydrates de carbone.

L'insuline n'a pas d'action sur ces symptômes. Le seul remède est un régime où seront exclus les aliments sucrés et farineux et où les protéines seront prescrites en assez grande quantité.

André Plichet.

Shackle et **Copeman**. ***La tolérance au glucose dans l'arthrite rhumatismale*** (*British medical journal*, n° 3763, 18 Février 1933). — Pemberton a montré que, dans le rhumatisme articulaire aigu, il y avait un trouble du métabolisme du sucre semblable à celui que l'on trouve dans le goitre exophtalmique. S. et C. ont surtout recherché si la différence normale qui existe entre la glycémie artérielle et la glycémie veineuse n'était pas modifiée.

Chez l'homme normal la quantité de sucre contenue dans le sang artériel est plus importante que celle contenue dans le sang veineux, la différence étant moindre avant l'administration du glucose et plus forte une heure et demie après.

Chez le rhumatisant la différence est plus importante, soit avant l'absorption de glucose soit une heure et demie après. Les rhumatisants traités par l'insuline et le salicylate de soude ont une amélioration de leurs symptômes cliniques, mais leur tolérance pour le glucose ne serait pas augmentée.

André Plichet.

Cronin Lowe. ***Les modifications quantitatives de la réaction de Bendien dans le séro-diagnostic des tumeurs malignes*** (*British medical journal*, n° 3766, 11 Mars 1933). — En 1931, Bendien (Hollande) publia une séro-réaction des tumeurs malignes. Elle consiste en une précipitation chimique des protéines du sérum par un mélange spécial d'acide acétique et de vanadate de sodium et par l'examen de ce précipité au spectroscope. L. a modifié la technique de Bendien en se servant de sérum non chauffé, de sérum chauffé à 56°, de sérum délipoïdé par l'éther. Les précipités sont étudiés au moyen de l'interféromètre de Löwe.

La précipitation dans le sérum non chauffé dépend de l'altération de la globuline qui est plus élevée dans les tumeurs malignes, et aussi des variations dans les quantités de calcium, de magnésium, de potassium.

La précipitation du sérum non chauffé dépend également de la globuline et serait plus marquée dans les cas où la résistance serait bonne.

Enfin la réaction du sérum délipoïdé dépend de l'abondance des lipoïdes qui sont en plus grande quantité que normalement dans les tumeurs malignes.

L. a appliqué ces tests à 600 cas de cancers et est arrivé à 95 pour 100 de réponses justes. Il recommande de suivre par ces tests les malades opérés et ceux qui ont été traités par les rayons X ; on peut ainsi prévoir les récidives. Il ajoute qu'un certain nombre de réactions anormales font entrevoir la possibilité d'arriver au diagnostic de l'état précancéreux.

André Plichet.

W. Mac Adam. ***Conceptions récentes sur le mal de Bright et sur son traitement*** (*British medical journal*, n° 3767, 18 Mars 1933). — Pendant plus de vingt-cinq ans l'enseignement clinique des néphrites était basé sur l'anatomie pathologique, mais on ne distinguait pas encore les affections dégénératives des affections inflammatoires des reins. Ce fut un progrès quand on pensa que la maladie de Bright pouvait être due à un trouble du métabolisme humoral dont dépendait du reste la lésion rénale.

Avant la guerre, les travaux de l'Ecole française avec Widal et Ambard avaient fait avancer cette question et avaient permis quelques applications pratiques. La possibilité de rechercher facilement les tests pour l'évaluation de la valeur fonctionnelle des reins permit une classification anatomo-pathologique. Mais aux deux formes bien séparées de néphrite hydrémique et de néphrite azotémique, il a fallu bien rapidement ajouter une troisième forme, la néphrite mixte. Il faut reconnaître que cette classification a eu l'avantage de donner des directives pratiques pour la diététique.

Il est évident également, que le test de Mac Lean (recherche de la concentration uréique) modifié par Calvert, le dosage de l'urée sanguine permettent pratiquement de se rendre compte de la valeur fonctionnelle du rein, de dépister une urémie latente et de porter un pronostic sur certains accidents, notamment les crises convulsives.

Pour le mal de Bright aigu, une distinction importante a été faite ces dernières années, chez les enfants et les adolescents, entre la néphrite aiguë diffuse et la néphrite aiguë hémorragique, l'hématurie essentielle rénale. Cette dernière est de beaucoup la plus fréquente: la fièvre, l'œdème sont peu marqués, la pression artérielle n'est pas élevée et, en dehors de l'hématurie, les signes physiques sont nuls. Ces cas, pratiquement, sont consécutifs à une infection à streptocoques: amygdalite, angine, otite moyenne. Le foyer guéri, il n'y a pas de lésion rénale définitive. La néphrite aiguë diffuse est plus grave: fièvre, oligurie, albumine profuse, élévation de la tension. L'étiologie est obscure, l'infection probablement y joue un rôle. C'est parce qu'on n'avait pas fait cette distinction que le pronostic des néphrites des enfants a été envisagé de façon si différente par les auteurs.

Chez l'adulte, il faut encore différencier trois groupes de néphrites qui sont importants à distinguer à cause du pronostic et du traitement :

1° Le groupe septique dont l'exemple le meilleur est la néphrite hémorragique citée plus haut. Mais sans aucun doute, les infections chroniques peuvent réaliser des néphrites. Il faut donc toujours chercher un foyer infectieux latent.

2° Le groupe métabolique, dans lequel il faut ranger la néphrite interstitielle chronique et le rein rouge granuleux des classiques. A côté de la goutte, du diabète, du plomb, il faut faire une place à tous les troubles du métabolisme. Ces néphrites s'accompagnent toujours d'hypertension qui est de même origine.

3° Le groupe extra-rénal est intéressant à connaître en raison de ce que la lésion rénale n'est qu'une expression locale de la maladie générale, ainsi l'œdème que l'on rencontre dans le jeûne prolongé.

A côté de ces néphrites, il faut faire une place à la néphrose lipoïdique en sachant bien que l'opposition entre cette forme dégénérative et l'inflammation des glomérules est bien souvent artificielle.

Quant au traitement, les travaux des dernières années ont attiré l'attention sur les effets des alcalins et du régime hautement alcalinogène dans les néphrites. C'est ainsi que dans la scarlatine on donne de 10 à 15 gr. de bicarbonate de soude par jour, dose suffisante pour rendre les urines neutres et pour éviter la néphrite. Dans la néphrite hydrémique, Osman recommande de donner jusqu'à 50 gr. de bicarbonate. Mais dans le cas de néphrite mixte, ce traitement n'est pas à faire. Il faut redouter l'alcalose. Quant au régime, il n'est point besoin de prescrire une alimentation pauvre en protéines, il faut simplement qu'elle ne soit pas acide et au besoin la corriger par l'adjonction d'alcalins.

André Plichet.

H. Colwell. *Le traitement des tumeurs par la fluorescine et les rayons X* (*British medical journal*, n° 3767, 18 Mars 1933). — Les cas qui forment le sujet de cette note ont été traités par la méthode combinée des rayons X et de la fluorescine sodée. Il semble que l'action thérapeutique de cette méthode soit due à des radiations secondaires produites par l'action des rayons X sur la fluorescine. Le traitement consiste à donner 1 gr. de fluorescine sodée divisé en deux cachets, quatre heures avant l'application des rayons. La peau et les conjonctives ainsi que la sueur et les urines et les exsudats quand ils existent sont nettement colorés par la fluorescine. En cas de cancer ulcéré on fait une application locale d'une solution à 5 pour 100.

45 cas furent traités. Il est difficile de dire que la fluorescine ait grandement influencé l'action des rayons. Cependant, les cas de cancer du sein ulcéré semblent être plus sensibles que les autres. Sur 15 cas de cancer du sein ulcéré on en traita 10 par la fluorescine et les rayons; six d'entre eux furent améliorés. Chez les 15 cancers non ulcérés ainsi que chez 6 cancers du rectum, il n'y eut pas de résultat appréciable. Il en fut de même pour 2 cas de cancer du poumon, 3 sarcomes non ulcérés des os et 4 lymphadénomes.

Au point de vue expérimental, des souris nourries d'aliments imprégnés de fluorescine, ayant ensuite subi des irradiations, ont été sacrifiées après un nombre variable de séances d'irradiation: on ne trouva aucune différence anatomique entre leurs organes et ceux de souris témoins.

Mais il semble résulter d'expériences faites sur les têtards que la fluorescine a une action bactéricide. En sept heures et demie une solution de fluorescine à 5 pour 100 tue le staphylocoque doré et le colibacille.

Il semble bien que ce soit à cette action bactéricide qu'il faille attribuer les quelques succès relatifs obtenus dans les cancers ulcérés.

André Plichet.

VARGA ALADAR ORVASI HETILAP (Budapest)

Formule sanguine dans la tuberculose cutanée (*Varga Aladar Orvasi Hetilap*, n° 45, 1932). — D'après les recherches faites à l'Université de Szeged, on n'observe pas d'éosinophilie dans les tuberculoses cutanées, contrairement à ce qui existe dans les autres dermatoses.

Les éosinophiles n'apparaîtraient que dans les processus ulcéreux. La sédimentation globulaire marche parallèlement à la gravité de la maladie. L'augmentation des lymphocytes et des monocytes traduit en général un processus à évolution bénigne. Le nombre des globules rouges et la valeur globulaire ne sont pas modifiés.

L'examen de la formule sanguine fournit des renseignements intéressants au point de vue diagnostic, pronostic et traitement, dans la tuberculose cutanée, et mériterait d'être pratiqué plus fréquemment.

Vitanyi-Ladislas.

NORSK MAGASIN for LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

Haaken Saethre. *Recherches des hormones sexuelles chez des sujets atteints d'affections mentales* (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, Mars 1933). — Le temps du rut chez les souris peut être divisé en 4 phases:

1° La phase de repos (diœstrus): la sécrétion vaginale étant composée de mucus, de cellules épithéliales et de globules blancs.

2° La phase précédant le rut (pro-œstrus): la sécrétion vaginale ne contenant que des cellules épithéliales.

3° La phase du rut (œstrus): la sécrétion vaginale ne contenant que des cellules épithéliales cornéuses (« Shollenstadium »).

4° La phase succédant au rut (metœstrus): la sécrétion vaginale montrant des cellules épithéliales cornéuses agglutinées, des globules blancs, quelques cellules épithéliales avec un noyau, mais pas de mucus.

Ces quatre phases montrent cela, que le rut soit spontané ou provoqué expérimentalement par injection d'hormones « folliculine » et de Prolan A.

La quantité la plus petite nécessaire pour obtenir une véritable phase de rut (œstrus ou phase 3) chez une souris blanche constitue l'unité-souris (M. E).

Allen-Daisy nous a donné cette définition en ce qui concerne la folliculine. Mais le prolan A du lobe antérieur de l'hypophyse est l'hormone supérieure à la folliculine, capable de la produire en stimulant le theca folliculi de l'ovaire.

La différence entre les deux hormones peut être ainsi précisée:

Folliculine de l'ovaire. — Action sur l'utérus, le vagin et la sécrétion vaginale, mais non sur l'ovaire; effet sur des animaux après castration; thermostabile; soluble dans l'éther et l'alcool; spécifique dans le genre féminin.

Le prolan A du lobe antérieur de l'hypophyse. — Action très importante sur l'ovaire, spécialement sur les follicules; sans effet sur des animaux après castration; thermolabile; précipité par l'éther et l'alcool; identique dans les deux genres.

La définition de Allen-Daisy peut être employée aussi quand il s'agit de prolan A. Mais on expérimente alors sur des jeunes animaux, tandis qu'on emploie des animaux après castration, quand il s'agit de la détermination de la folliculine.

Zondek a trouvé que chez des femmes normales, l'urine contient entre 10 et 30 M. E. folliculine par litre et 3-8 M. E. Prolan.

Aussi il a trouvé que la sécrétion des hormones sexuelles est très altérée pendant le climatère. Il en peut distinguer une « phase poly-folliculine », une « phase oligofolliculine » et une « phase polyprolan ».

En utilisant les méthodes de Zondek, S. a déterminé le taux de folliculine et de Prolan A dans l'urine qu'il a divisé dans les trois groupes suivants:

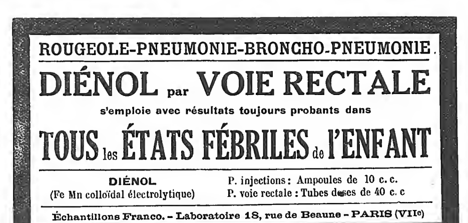
1° Les psychoses menstruelles et post-menstruelles. Sur 62 malades 57, soit 92 pour 100, montrent une augmentation des hormones dans l'urine. 53 montrent une grande augmentation du Prolan A. De ces derniers, 3 montraient en même temps une augmentation de la folliculine, ce qui est tout à fait exceptionnel chez une femme non gravide.

L'augmentation de la folliculine seule n'a été observée que chez 2 malades. L'une était une femme de 42 ans, venue consulter pour frigidité sexuelle. La quantité de folliculine dans l'urine de cette malade était considérablement augmentée (417 M. E. au lieu de 20 par litre). Après un traitement psychothérapique de six mois, la frigidité avait disparu. On ne trouvait plus de folliculine dans l'urine et au contraire 110 M. E. de Prolan A. S. en conclut que la thérapie hormonale est sans effet sur l'impuissance.

2° Névroses avec aménorrhée anté-menstruelles, 29 cas. Chez 5 patients, il a trouvé plus que 110 M. E. de Prolan A par litre d'urine. Chez 3 de celles-ci, la sécrétion de la folliculine était très diminuée.

3° Démence précoce chez des femmes âgées de 20 à 35 ans, avec plus de 4 mois d'aménorrhée, 22 cas. Chez 3 d'entre elles, il a trouvé plus de 110 M. E. de Prolan A par litre d'urine. Il n'a pas trouvé de folliculine chez les malades de ce groupe.

Alf. P. Jacobsen.







LITHIASES BILIAIRES

et toutes variétés de

PYÉLO-NÉPHRITES :

CAPARLEM

HUILE de HAARLEM VÉRITABLE, en capsules gélatinisées à 0 gr. 15

(du Junipérus oxycedrus)

Posologie : 1 à 2 capsules au milieu des deux principaux repas, quinze jours par mois.

Laboratoire LORRAIN de Produits Synthétiques purs

A. DESMOIRES, Docteur en Pharmacie, ETAIN (Meuse)







PRÉSENTATION :
Boites de 2 et 4 ampoules de 20 cc.



S'EMPLOIE PAR VOIE BUCCALE

prévient et arrête les HÉMORRAGIES

DE TOUTE NATURE

Admis dans les Hôpitaux de Paris.
Adopté par les Services de Santé de la Guerre et de la Marine.

Flacon de 20 cc.

KIDOLINE

Flacon de 20 cc.

HUILE ADRÉNALINEE

au millième

stabilisée par procédé spécial et sans addition de Toxique

NON IRRITANTE

INDICATION : Affections rhino-pharyngées de la première et de la seconde enfance. — Sinusites.

Laboratoires R. GALLIER, 38, Bd du Montparnasse, PARIS-XVe — Téléph. LITTRÉ 98-89 — R. C. Seine 175.220

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

P. Wilmoth. ***L'échinococcose alvéolaire du foie (Echinococcose bavaro-tyrolienne de F. Dévé)*** [*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 4, Avril 1933.] — Cette nouvelle observation, la 600e environ, d'échinococcose alvéolaire, est celle d'une femme de 39 ans, née à Pagny-la-Ville près de Dijon où elle a vécu jusqu'à 20 ans dans une ferme aux chiens nombreux et parfois nourris avec les déchets d'une boucherie voisine abattant des animaux venus du Jura et de la Franche-Comté. Premiers troubles digestifs à 18 ans; à 28 ans, en 1931, premier ictère, puis, au début de l'année 1932, poussées ictériques successives, attribuées après radiographie à une cholécystite calculeuse. L'opération, en Mars, montre une vésicule saine, un foie anormal dont on prélève un fragment pour un examen dont le résultat reste inconnu. En Août, une collection soulève l'extrémité externe de la cicatrice opératoire; l'incision donne issue à de la bile épaisse mélangée de pus et à des fragments blanchâtres pris pour des hydatides flétries. Il persiste une fistule donnant accès dans une cavité où la sonde pénètre de 14 cm.

Le 6 Octobre la malade est opérée par Wilmoth qui résèque la presque totalité du lobe droit infiltré, de coloration gris jaunâtre, et creusé d'une vaste excavation centrale. La malade survit et conserve une fistule donnant en abondance de la boue biliaire malodorante et dont l'obstruction ou la fermeture momentanée provoque une ascension de température à 40°, des frissons, du subictère. Les urines sont toujours foncées, les matières parfois décolorées, œdème intermittent des membres inférieurs, appétit conservé normal.

L'aspect vermoulu du tissu hépatique réséqué a permis à Wilmoth de faire cliniquement le diagnostic d'échinococcose alvéolaire que confirma l'examen histologique d'Herrenschmidt. Cette nouvelle observation est l'objet d'intéressantes considérations.

Au point de vue clinique, l'observation ne répond pas à la forme ictérique classique relevée par Posselt dans 85 à 90 pour 100 des cas; car, si la malade a bien eu de l'augmentation de volume de la rate, un appétit conservé n'allant pas cependant jusqu'à la boulimie, elle a eu, non un ictère permanent explicable par la compression ou l'envahissement des canaux biliaires, mais un ictère par crises espacées et de plus en plus brèves qui ne s'est pas reproduit depuis un an et qu'il est difficile d'expliquer. La réaction de Casoni n'a pu être recherchée et l'éosinophilie n'a jamais été supérieure à 3,2 pour 100.

Ce nouveau cas français est le quatorzième d'une série qui commence en 1890, avec celui de Dematteis à Genève et qui est faite, 11 fois sur 14, d'habitants de la région du Jura français et de la frontière suisse, les plus exposés par le voisinage du foyer bavaro-tyrolien. La malade n'ayant jamais quitté son village de la Côte d'Or au temps de son infestation fait donc exception, comme les deux malades de Desoil (1924) et de Loeper et Garçon (1927), habitants de l'Artois. Mais si les voies de propagation parasitaire n'ont pu être suivies pour les deux derniers cas, elles paraissent au contraire bien établies pour le cas de Wilmoth, la pénétration devant être attribuée aux animaux de boucherie venus du Jura et de la Franche-Comté, régions contaminées.

Enfin, au point de vue chirurgical, c'est la cinquante-septième observation de résection hépatique pour échinococcose alvéolaire. Comme les autres, malgré l'étendue exceptionnelle de la résection hépatique pratiquée, il ne s'agit que d'une « opération de propreté ». L'opération radicale reste un idéal à poursuivre, mais encore jamais atteint, puisque dans le cas le plus favorable jusqu'ici, celui de Friedrich, quoique les limites de l'infiltration hépatique aient pu être considérées comme dépassées, il persiste encore, après deux ans, une fistule.

P. Grisel.

P. Bert. ***Stase duodénale et ulcère*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 4, Avril 1933). — L'hypothèse attribuant l'origine de l'ulcère à l'hyperacidité gastrique cessant d'être neutralisée par le reflux des liquides duodénaux alcalins semble confirmée par les nombreuses dérivations expérimentales qui ont été faites.

Elle a cependant contre elle les résultats des expériences de Mac Cann, prouvant que le reflux des sucs alcalins laisse inchangée l'acidité gastrique, et de celles de Smith qui déterminèrent l'apparition de l'ulcère par injection de bile dans l'estomac.

La clinique n'est pas plus favorable à l'hypothèse et on ne voit pas toutes les exclusions réalisées cliniquement ou opératoirement aboutir systématiquement à l'ulcère.

Les dérivations expérimentales antérieurement faites sont donc suspectes et doivent être remplacées par des expériences reproduisant mieux les conditions habituelles qui donnent naissance à l'ulcère et d'une exécution simple, non mutilante. C'est, d'après l'indication de Beule, la stase duodénale qui paraît répondre le mieux à ces exigences: elle est cliniquement ulcérogène et l'ulcère produit guérit ensuite après duodéno-jéjunostomie.

Cette stase duodénale a d'ailleurs déjà été produite expérimentalement par Slocumb qui accuse un résultat positif dans 67 pour 100 des cas.

B. a fait les mêmes recherches chez 16 chiens. La stase fut obtenue soit par ligature plus ou moins complète du duodénum au niveau de son angle jéjunal, soit par invagination ascendante, soit par invagination descendante, soit enfin, à la manière de Slocumb, par plissement transversal du duodénum. Dans 3 cas de stase, la muqueuse fut écrasée par places pour produire des lésions capables de favoriser l'apparition de l'ulcère.

Chez les 11 chiens pour qui la stase obtenue a été jugée suffisante, et dont la survie dura de trois heures à sept mois, le résultat a été négatif. Il se trouve exprimé par les conclusions que voici.

La stase duodénale est à elle seule incapable de provoquer l'apparition immédiate et passagère d'ulcérations aiguës de l'estomac ou du duodénum.

Elle est incapable, à elle seule, de provoquer l'apparition plus tardive d'ulcères chroniques, et même de transformer en ulcère chronique une ulcération aiguë provoquée artificiellement. Les résultats obtenus sont donc en désaccord avec ceux publiés par Slocumb.

P. Grisel.

H. Mondor et **M. Lamy.** ***Etude clinique des ulcères du diverticule de Meckel*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 4, Avril 1933). — Cette revue critique basée sur la centaine d'observations jusqu'ici publiées ne se prête pas à l'analyse mais doit être signalée pour l'intérêt pratique, sans cesse croissant, présenté par l'ulcère du diverticule de Meckel.

Cet ulcère se développe en un point de la paroi du diverticule où la muqueuse intestinale du grêle est continuée sans transition par une muqueuse de structure gastrique évidente, dans des conditions si semblables à celles qui déterminent l'apparition de l'ulcère de la bouche anastomotique après gastro-entérostomie, qu'on lui a donné le nom d'ulcère peptique du diverticule de Meckel.

Les premiers cas publiés doivent être attribués à Hilgenreiner, 1902 et 1903, et non à Hubschmann, 1913, qui, par contre, a apporté la notion d'autodigestion, de caractère peptique de la lésion diverticulaire.

L'évolution, ayant pour signes cliniques l'hémorragie intestinale (parfois unique, le plus souvent par crise et rarement chronique), la douleur, elle aussi par accès, aboutit aux grandes complications: l'hémorragie menaçante et la perforation, libre ou couverte. L'anatomie pathologique, le traitement chirurgical sont écartés, l'étude porte exclusivement sur la symptomatologie et le diagnostic. Des exemples multipliés prouvent que l'on peut faire mieux que par le passé, où 48 malades sur 98 ont pu arriver à la phase mortelle des complications sans que la nature de leur mal ait été reconnue. Le diagnostic d'ulcère peptique du diverticule de Meckel est possible avant la laparotomie et à une période de son évolution assurant à la chirurgie toutes ses chances de succès.

P. Grisel.

LYON CHIRURGICAL
(Paris)

P. Wertheimer et **J. Dechaume.** ***Les épidurites aiguës et chroniques*** (*Lyon Chirurgical*, t. XXX, n° 2, Mars-Avril 1933) — W. et D. publient deux observations complètes se rapportant l'une à la forme aiguë, l'autre à la forme chronique de l'épidurite et que nous résumons:

La première est celle d'une femme de 48 ans qui, deux jours après le débridement d'un anthrax du cou, déjà ouvert spontanément, éprouve dans la nuit une douleur du bras gauche et présente le lendemain matin une paralysie de l'épaule qui en quarante-huit heures sera par généralisation devenue une quadriplégie flasque motrice et sensitive avec troubles sphinctériens.

La ponction lombaire donne un liquide hématique avec taux du sucre non diminué, albuminorachie dépassant 3 gr., lymphocytose plus forte proportionnellement que celle du sang. Mort au quatrième jour d'accidents respiratoires. Alors que le diagnostic probable avait été celui de myélite transverse, l'autopsie fit découvrir une plaque épaisse et ferme d'épidurite, longue de 2 cm. accolée à la partie inférieure et antérieure de la dure-mère cervicale. L'examen des coupes de la moelle cervicale et de ses enveloppes ne montre rien d'autre que la néoformation extra-durale due à la présence de polynucléaires tassés dans les mailles du tissu cellulo-adipeux épidural, avec amas de cocci. Il existe un état de congestion vasculaire avec hémorragies sous-arachnoïdiennes au niveau de la moelle lombaire.

La compression médullaire exercée par la plaque d'épidurite, épaisse de 1 cm., joue ici un rôle et il est à remarquer que la douleur n'a précédé que de quelques heures la paraplégie, alors que dans le type clinique tracé par Dandy, la douleur intense, aiguë, devance de plusieurs jours la paraplégie, associée à la raideur douloureuse du rachis.

La seconde observation est celle d'un manœuvre de 24 ans qui entre à l'hôpital pour une hémiplégie incomplète gauche, intéressant aussi les muscles du cou, apparue brusquement, du moins au point de vue de la capacité de travail, depuis huit jours, alors que depuis près de cinq mois de violentes douleurs des membres supérieurs, surtout à

gauche, avaient été attribuées au rhumatisme. Trois semaines plus tard les signes de compression sont aggravés par de la rétention d'urine avec infection. La radiographie montre l'absence de lésions vertébrales et l'arrêt du lipiodol avec image lipiodolée latérale droite effilée à sa partie inférieure, au niveau du corps de C6, prolongée par de petites lames jusqu'au niveau de D2 et D3; absence de lipiodol du côté gauche. Après une amélioration augmentée par la radiothérapie, une nouvelle injection de lipiodol paraît être la cause de la reprise des accidents. L'examen neurologique conclut à l'existence d'une tumeur extra-médullaire, intradurale, angiomateuse, molle et radio-sensible, latérale gauche, étendue de C7 à D1.

La laminectomie, pratiquée quatre mois après le début des accidents paralytiques, montre au siège indiqué une pachyméningite externe. Cicatrisation rapide, pas d'amélioration de la paraplégie spasmodique, mais la marche est possible; pas de signes sphinctériens.

L'examen histologique d'un petit fragment prélevé n'apporta aucun renseignement sur la nature et l'origine de cette épidurite chronique.

P. Gisel.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Walter Krech. ***Détermination des acides aminés de l'urine chez des malades atteints de maladie de Basedow*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 9, 4 Mars 1933). — Les sujets sains éliminent 200 milligr. d'acides aminés par jour. En étudiant cette élimination avant et après la résection du goitre, dans 40 cas de maladie de Basedow dont les acides urinaires ont été quotidiennement dosés depuis l'entrée jusqu'à la sortie, on a constaté que le traitement iodé préopératoire fait baisser les acides aminés de l'urine de 6,7 à 2,5 milligr. pour 100 grammes. En même temps, le métabolisme de base passe de + 31 à + 16. L'opération fait augmenter les acides aminés et le métabolisme de base pendant quelques jours, après quoi le chiffre s'abaisse d'une façon continue. Dans les cas de Basedow, qui ont ainsi réagi, l'examen histologique du tissu réséqué a montré la présence de colloïde bien colorable et assez abondante du fait du traitement iodé.

Chez d'autres malades, par contre, le traitement préparatoire n'a pas réussi à reconstituer complètement les réserves de colloïde. Il s'agit, en général, de cas sévères et anciens. On constate alors que l'élimination des acides aminés est déjà faible avant tout traitement. Elle atteint par exemple 2 milligr. Alors, sous l'influence du traitement préparatoire à l'iode, les acides aminés augmentent tandis que le métabolisme de base s'abaisse, puis il survient une phase pendant laquelle les phénomènes observés sont identiques à ce qui est constaté chez des malades dont le basedow est récent. c'est-à-dire une diminution des acides aminés urinaires. Il semble donc que chez les malades graves, les réserves d'albumines soient épuisées. L'examen de la glande réséquée montre que les réserves de colloïde sont moins importantes. La courbe de l'amino-acidurie permet donc d'évaluer la proportion de colloïde présente dans la glande pendant le traitement iodé, c'est-à-dire de constater les effets du traitement préopératoire. Cette méthode a été pratiquement utilisée par K. et elle paraît recommandable pour toutes les cliniques qui ne disposent pas d'un laboratoire pour la mesure du métabolisme.

Dans l'appréciation de la signification que présente l'amino-acidurie, il ne faut pas tenir compte de la hauteur absolue. C'est surtout la forme de la courbe qui doit renseigner. Néanmoins, 5 à 7 milligr. dans l'urine du matin avant tout traitement font penser qu'il s'agit d'un cas moyen tandis que les valeurs faibles (2 à 3 milligr.) permettent de conclure à un cas sévère. Il faut d'ailleurs noter que la diurèse provoquée notamment par le salyrgan détermine elle aussi une augmentation passagère des acides aminés. De même, la constipation paraît également augmenter la proportion d'acides aminés.

K. donne ensuite la méthode de dosage des acides aminés qu'il n'est pas possible de résumer ici, bien qu'elle puisse être exécutée par le personnel ordinaire. Une seule détermination dure cinquante minutes. Mais plusieurs déterminations simultanées ne durent pas sensiblement plus longtemps.

P.-E. Morhardt.

O. Grütz et **M. Bürger.** ***Le psoriasis comme problème du métabolisme*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 10, 11 Mars 1933). — L'étiologie du psoriasis a été expliquée par des théories parasitaires, nerveuses, endocriniennes, héréditaires, etc. Mais aucune de ces théories n'a rencontré un assentiment général. D'un autre côté, il est certain que les fonctions de la peau ont des relations très étroites avec les corps gras comme le montre la xanthose qui apparaît après alimentation trop riche en lipochrome, ainsi que la richesse des couches superficielles de la peau en cholestérine, en phosphatides, en choline, etc. Les squames du psoriasis sont d'ailleurs extrêmement riches en cholestérine.

Cependant, le taux de la cholestérine du sang chez les psoriasiques n'a été étudié qu'assez rarement et jamais qu'une seule fois. Or, ce qui serait intéressant, d'après G. et B., c'est de soumettre l'organisme de ces malades à une épreuve pour voir comment il réagit.

C'est ce qui a été effectivement fait chez 21 malades auxquels on a administré 5 gr. de cholestérine dissous dans 100 cmc d'huile d'olive chaude. Une prise de sang de 50 cmc a été faite, d'autre part, immédiatement avant, puis quatre, huit et vingt-quatre heures après l'ingestion de ce mélange. On a recueilli ainsi chaque fois 12 à 15 cmc de sérum dont on a déterminé le phosphore, la cholestérine libre et enfin la cholestérine totale. Les chiffres ainsi trouvés ont été soumis à une analyse mathématique pour apprécier l'erreur moyenne.

Chez les psoriasiques, on trouve 7,67 gr. pour 1.000 de graisse totale, 2,13 de cholestérine totale et 1,86 de phosphatides. Chez les sujets sains, les chiffres correspondants sont 5,35, 1,41 et 1.30. Cependant, le groupe des psoriasiques examinés était un peu plus jeune (30 ans) que celui des sujets sains (38 ans). Or, les graisses du sérum augmentent avec l'âge. En somme, sur 21 psoriasiques il a été trouvé 12 fois plus de 2 gr. de cholestérine totale, ce qui dépasse certainement la normale à cet âge.

L'épreuve elle-même a montré que, chez les sujets sains, la courbe de la lipémie et celle de la cholestérinémie s'élèvent plus haut que chez les psoriasiques.

Ces observations ont conduit G. et B. à administrer à une série de psoriasiques une alimentation aussi dépourvue que possible de corps gras, la proportion de ces derniers ne dépassant pas 20 à 30 gr. par jour. Sous l'influence de ce régime, on a constaté d'abord que la maladie n'évoluait plus, puis au bout du quarantième jour environ, qu'il survenait une résorption rapide des infiltrations psoriasiques en même temps que les squames tombaient. Dans les cas favorables, la guérison complète a pu être observée au bout de trois mois. Dans les autres cas, il a fallu le double ou davantage pour amener une guérison complète.

Cette guérison persiste si le malade continue à observer le régime. Mais si le régime n'est pas observé, il survient des rechutes qui, d'ailleurs, sont guéries par la reprise du régime. Sur l'ensemble des 21 cas, cette méthode a pu être appliquée 11 fois. Dans 4 cas, les symptômes de la maladie ont complètement disparu. Dans 5 cas, il y a eu une amélioration importante et dans 2 cas suivis peu de temps, l'amélioration commence à se manifester.

Ces faits amènent à penser que, dans le psoriasis, l'abondance des lipoïdes de la peau est conséquence d'une lipémie anormalement élevée. Ainsi, le psoriasis serait une affection voisine de la xanthomatose ou de la lipoïdose qui manifeste une tendance à se localiser sur la surface d'extension des membres. D'ailleurs, le psoriasis est particulièrement sévère chez les charcutiers et pendant l'hiver, c'est-à-dire dans une profession et dans une saison qui favorisent la consommation de corps gras.

P.-E. Morhardt.

W. M. Bendien et **I. Snapper.** ***La pression colloïdosmotique et la pression de l'œdème*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 10, 11 Mars 1933). — B. et S. remarquent que, comme le veut Govaerts, la pression colloïdosmotique est une fonction des sérines et des globulines du sérum. D'après la formule proposée par Govaerts, la pression colloïdosmotique est égale à la somme du taux des sérines multiplié par trois quarts et du taux des globulines multiplié par 1/5. Dans une série de 12 cas, les chiffres trouvés par B. et S. ont correspondu à 10 pour 100 près à ce que donne la formule de Govaerts.

Cependant, il a été constaté, chez une série de malades présentant de l'œdème, que pendant la diurèse la pression colloïdosmotique ne se modifie pas d'une façon appréciable. On constate simplement une légère déshydratation. Il faut donc admettre que cette pression n'est pas le seul facteur qui intervienne dans l'apparition et dans la disparition des œdèmes. Il y a lieu de remarquer à ce sujet que, dans l'œdème des malades atteints de néphrose avec forte albuminurie et grande diminution des protéines dans le sérum, on ne trouve pas d'albumines. Il en est tout autrement chez des cardiaques dont le liquide d'œdème contient généralement 2 à 18 pour 1.000 d'albumines. Il faut donc admettre que la membrane représentée par les capillaires, contrairement à ce qui s'observe avec la membrane de cellophane utilisée dans un osmomètre, présente une certaine perméabilité pour les albumines. En utilisant, au lieu de cellophane, des membranes de collodion diversement perméables pour les protéines, on constate effectivement que la pression colloïdosmotique trouvée varie dans des proportions importantes. Ainsi, pour expliquer qu'en cas de néphrite ou de néphrose, des œdèmes importants puissent disparaître sans que la formule des protéines du sérum se modifie appréciablement, il faut faire intervenir la perméabilité vasculaire. Une légère diminution de cette perméabilité pour les sérines qui interviennent fortement dans la pression colloïdosmotique suffit pour modifier la pression colloïdosmotique réelle existant au niveau des capillaires.

P.-E. Morhardt.

A. Utewski, S. Epstein et **W. Osinskaja.** ***Influence des hormones sur les processus fermentatifs*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 10, 11 Mars 1933). — L'influence spécifique de l'insuline sur le métabolisme des hydrates de carbone et spécialement sur le processus réversible *glycogène: glycose* a amené à penser qu'il intervenait dans ces phénomènes et notamment dans l'hydrolyse et dans la resynthèse du glycogène des processus diastatiques. On a ainsi étudié l'action de l'insuline sur l'amylase de la salive (Mac Leod) et examiné la question de l'identité entre l'insu-

line et les coferments (Brugsch et Horsters), etc. U. E. et O. se sont demandé si l'insuline peut activer ou au contraire paralyser l'amylase ou si elle peut favoriser la formation de ferments par certains organes.

Il a d'abord été constaté que l'insuline, à la dose de 0,1 à 0,01 unité clinique, n'a aucun effet sur l'activité de l'amylase à l'égard de l'amidon.

D'autre part, chez des lapins ayant jeûné pendant vingt-quatre heures, on a déterminé la glycémie et l'intensité de l'amylase avant et après injection d'insuline. Ces injections ont fait augmenter l'amylase du sang dans des proportions variables. Des organes isolés ayant été irrigués avec la solution de Ringer-Locke, on a dosé l'amylase du liquide avant et après adjonction d'insuline. On a ainsi constaté une légère augmentation. L'augmentation constatée dans le sang serait donc due au fait que l'amylase des tissus se déverse dans le sang sous l'influence de l'insuline.

P.-E. Morhardt.

F. Gebhardt et **J. Klein.** ***Les effets des extraits injectables de foie sur la cholestérine et les éthers de la cholestérine du sang*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 13, 1er Avril 1933). — Pour savoir s'il existe des différences réelles entre l'action des préparations de foie qui s'administrent par la bouche et celle des préparations qui s'administrent en injection, G. et K. ont étudié les modifications de la cholestérine du sang qui surviennent après les préparations injectables. La méthode a consisté à doser la cholestérine d'abord par la méthode gravimétrique (Mühlbock et Kaufmann), puis par la méthode colorimétrique (A. Adler), les deux méthodes donnant d'ailleurs les mêmes résultats. La détermination de la bilirubine a été également pratiquée.

Ces déterminations ont été pratiquées chez 19 malades. Dans 5 cas, il s'agissait d'anémie pernicieuse et, sous l'influence de produits injectables (campolon, hépatopson, hépatrate, hépracton), il a été constaté une augmentation de la cholestérine totale et des éthers de la cholestérine en même temps que, dans 4 cas, la bilirubine a diminué.

Chez 3 malades, atteints d'anémie secondaire, traités par des médicaments du même genre, on a constaté également une augmentation de la cholestérine totale et des éthers de la cholestérine. La bilirubine, qui était normale, n'a pas été modifiée. Chez 8 malades atteints d'affection du foie ou des voies biliaires, ce même traitement a provoqué une augmentation de la cholestérine totale et des éthers de la cholestérine généralement accompagnée d'un abaissement notable de la bilirubine. Enfin, chez 3 sujets sains on a également constaté que les deux espèces de cholestérine augmentent nettement. Ainsi, à cet égard, les préparations injectables ne se distinguent pas du foie frais ni des extraits de foie qui s'administrent par la bouche. Cette action serait due à une influence hormonale sur le métabolisme du foie.

P.-E. Morhardt.

Karl Damblé. ***Influence de la thyroxine sur l'érythropoïèse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 13, 1er Avril 1933). — Le sang, en cas de maladie de Basedow, offre les caractères qu'il présente lorsque l'activité de la moelle est augmentée. On a trouvé ainsi une augmentation des globules rouges à granulations basophiles et des réticulocytes. D'ailleurs, une petite quantité de thyroïde augmente le nombre des globules rouges.

Ces recherches ont été reprises par D. qui, en administrant de la thyroxine à des malades atteints d'anémie pernicieuse, a obtenu des résultats souvent surprenants. Chez un malade de 45 ans, l'administration d'un extrait de foie injectable (hépracton) et d'acide chlorhydrique n'a pas suffi pour déclencher l'amélioration. Mais la thyroxine en injections intraveineuses eut des effets très nets déjà à la 3e injection après laquelle les réticulocytes se sont élevés à 103 pour 1.000. Des phénomènes identiques ont été observés dans deux autres cas où l'administration de thyroxine a déclanché la guérison.

Ainsi, la thyroxine permet de raccourcir appréciablement la période de latence pendant laquelle le foie n'agit pas. De même, ce médicament en cas d'anémie hépatorésistante permet à la moelle osseuse de réagir favorablement. C'est donc là une thérapeutique adjuvante qui doit être systématiquement utilisée.

P.-E. Morhardt.

R. Roessle. ***Allergie et pathergie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 15, 15 Avril 1933). — La pathologie fonctionnelle consiste, d'après R., à distinguer entre la réaction utile et la réaction nuisible de l'organisme. L'anatomopathologie peut aider efficacement à faire cette distinction notamment en ce qui concerne l'allergie. Celle-ci consiste en une altération de la réactivité lorsqu'on introduit, à plusieurs reprises, dans l'organisme, une seule et même substance étrangère: l'allergène. Cette modification de la réactivité doit être constatable cliniquement et anatomiquement. Au point de vue nosologique, l'allergie est souvent assimilée à l'hypersensibilité, ce qui est inexact. En effet, à côté des hypersensibilités telles que l'anaphylaxie ou l'idiosyncrasie, il existe également des normergies et des anergies. D'ailleurs, toutes les réactions cellulaires ou humorales ne sont pas nécessairement parallèles, de telle sorte qu'on a quelques scrupules à considérer une affection générale: le rhumatisme fébrile ou la septicémie, comme une forme pathologique exclusivement hyperergique ou anergique.

A un certain point de vue, l'opposition entre l'insensibilité de l'immunisé et l'hypersensibilité de l'anaphylactique ne présente aucune différence. Il est d'ailleurs très paradoxal de voir un traitement préalable avec une certaine substance rendre dans l'immunité un toxique inoffensif ou, au contraire, dangereuse une substance qui n'avait primitivement aucune action, comme une albumine étrangère ou la tuberculine.

Si l'allergie comprend à la fois l'hyperergie et l'anergie, par contre, c'est dans l'hyperergie que rentrent l'anaphylaxie, l'idiosyncrasie et l'immunité. L'allergie d'ailleurs doit être à son tour classée dans un groupe plus important de réactions anormales acquises, par exemple, à la suite d'irritants quelconques. Pour l'ensemble de ces phénomènes pathologiques, R. propose l'expression de pathergie. Les convulsions du tétanos sont la conséquence directe de la toxine tétanique. Mais les états post-tétaniques qui apparaissent alors que l'infection a cessé rentrent dans l'ensemble de la pathergie. Il en serait de même de la tachycardie qui persiste après guérison de la maladie de Basedow. Dans les deux cas, les muscles seraient entraînés à réagir d'une façon pathologique sous l'influence d'excitations faibles ou même physiologiques.

D'un autre côté, Moro et Keller ont décrit sous le nom de parallergie la sensibilisation non spécifique telle que la tuberculine ou le virus vaccinal. On a ainsi, après vaccination, observé une fréquence anormale des angines. L'encéphalite de la vaccination pourrait être également considérée comme le résultat d'une sensibilité spéciale à l'inflammation. La parallergie et l'allergie devraient être rapprochées des allobioses, expression créée par Heubner et désignant le fait que les réactions de l'organisme varient suivant les conditions dans lesquelles celui-ci s'est trouvé: pendant le jeûne, par exemple, les médicaments agissent d'une façon particulière.

La spécificité n'est pas particulière aux phénomènes d'immunobiologie: l'accoutumance aux poisons, les réflexes acquis par un virtuose sont également des phénomènes spécifiques.

Le typhus exanthématique et la scarlatine ont comme caractère commun la présence, dans chacune de ces maladies, chez les sujets atteints, d'un certain microorganisme: le protéus X 19 d'une part et le streptocoque hémolytique d'autre part, dont on ne sait pas s'ils sont véritablement cause de la maladie. Dans ces deux affections, comme d'ailleurs dans le rhumatisme fébrile, il faudrait admettre que le germe n'envahit pas un organisme vierge, mais un terrain allobiotique.

Dans quelques cas, la sensibilité acquise se traduit par une augmentation de la tendance à l'inflammation qui est la réaction pathergique.

Des phénomènes allergiques, comme l'ont montré les observations de Schwartzman et Sanarelli, apparaissent en quelques heures (allergie hémorragique). Ainsi, par exemple, l'injection intraveineuse de vibrion du choléra chez un lapin rend mortelle une injection intraveineuse faite le lendemain chez cet animal avec des bactéries banales. Le diplo-streptocoque rencontré jouerait le rôle de surinfection.

L'acquisition d'une sensibilité particulière d'organes peut exiger parfois beaucoup de temps sans qu'on puisse rien constater objectivement. Pour R., la cirrhose hépatique s'expliquerait par des phénomènes de ce genre. Cette maladie survient rarement avant 40 ans. Mais les alcooliques boivent depuis leur jeunesse et, cependant, la cirrhose en évolution chez les jeunes gens n'est pas une trouvaille d'autopsie. La cirrhose qu'on rencontre est toujours avancée et relève souvent de deux causes comme par exemple la syphilis et l'alcoolisme.

Il existe également des pathergies de la musculature lisse sans caractère inflammatoire. On a pu ainsi, *in vitro*, déclancher des réactions allergiques au niveau de fibres lisses d'organes prélevés sur un animal anaphylactique. Les hypertrophies des muscles bronchiques dans l'asthme sont évidemment en rapport avec un état de spasme. L'hypertrophie du pylore des adultes que R. a retrouvée dans la proportion de 2,5 à 3,5 pour 100 de toutes les autopsies, doit être également considérée comme un phénomène de la même nature. Chez ces malades, on trouve, en effet, souvent des foyers morbides pouvant être considérés comme l'origine d'un état spasmodique réflexe du pylore.

Les modifications qui surviennent dans les pathergies ne sont pas liées à l'existence d'un système nerveux puisqu'elles s'observent chez des animaux unicellulaires. Elles doivent donc être considérées comme une modification des propriétés du protoplasma.

P.-E. Morhardt.

A. A. Hijmans van den Bergh et **W. Grotepass.** ***Porphyrinémie sans porphyrinurie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 15, 15 Avril 1933). — Pour déterminer quantitativement la porphyrine, B. et G. mesurent la fluorescence en lumière ultraviolette. Ils admettent que ce procédé est suffisant maintenant qu'ils se sont assurés, par de très nombreuses recherches, qu'on ne décèle par le spectroscope, dans les globules rouges, que de la protoporphyrine. La comparaison se fait avec une solution standard de porphyrine identique à celle qu'on recherche.

Pour ce qui concerne le sang, il est calculé en unités représentant, en dixièmes de gammas, la quantité de porphyrine qui existe dans 10 cmc de sang dont le taux d'hémoglobine serait égal à 100. Les méthodes de dosage de la porphyrine dans l'urine, dans le sérum, dans le plasma et dans la bile sont également données par B. et G.

Ces diverses méthodes ont été utilisées dans le cas d'un homme suivi déjà depuis longtemps et

présentant les altérations cutanées classiques : la peau du visage est épaissie, ridée et foncée; le nez, les oreilles présentent des cicatrices dues à des pertes de substances; la peau de la nuque présente des taches pigmentaires; au niveau des mains, les phalanges terminales ont été presque complètement détruites par des ulcérations; pression du sang : 270/110; albuminurie : 0,7 pour 1.000. La porphyrine de l'urine est normale (100 à 120 gammas par litre, de coproporphyrine). Le sang de malade ne présente pas d'anomalie autre qu'un taux anormalement élevé de porphyrine dans les globules rouges (25 unités au lieu de 2 à 12, chiffres normaux). Il y a donc, chez ce malade, porphyrinémie sans porphyrinurie. En outre, dans la bile, on a trouvé, dans 10 cmc, 350 gammas de coproporphyrine et 200 gammas de protoporphyrine. Dans les selles, on a retrouvé les mêmes porphyrines, mais pas de deutéroporphyrine ni d'uroporphyrine.

Les recherches de B. et G. ont montré d'ailleurs que la porphyrine éliminée par la bile dérive de l'étioporphyrine I, tandis que la porphyrine de l'hémoglobine dérive de l'étioporphyrine III. Ainsi, il n'y a pas lieu d'admettre que l'excès de porphyrine constaté dans la bile provient d'une hémolyse anormale. On doit donc se rattacher à la théorie de Fischer, d'après laquelle les porphyrines de l'organisme ont deux sources. Mais alors on explique difficilement que, dans les selles, il existe de la protoporphyrine à côté de la coproporphyrine. La première de ces deux substances ne pourrait avoir comme origine des hémorragies intestinales qui n'ont d'ailleurs pas été observées puisque l'épreuve de la benzidine a toujours été complètement négative. L'absence de porphyrine dans l'urine doit s'expliquer par l'existence d'une affection rénale. Les reins ne seraient plus capables de transformer la coproporphyrine en uroporphyrine dont la présence, contrairement à la normale, n'a pas été constatée dans l'urine de ce malade.

P.-E. Morhardt.

I. Boas. ***La présence de protoporphyrine dans l'urine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 15, 15 Avril 1933). — B. recherche la protoporphyrine en ajoutant à l'urine un volume d'éther après acidification. Ensuite, la porphyrine est extraite de l'éther par agitation avec de l'acide chlorhydrique. L'examen au spectroscope de ces acides montre les bandes caractéristiques au voisinage de 590 et de 555 μμ. D'autre part, l'acide chlorhydrique est coloré d'une façon plus ou moins intense par la porphyrine. En extrayant les substances colorées par le chloroforme, on pourrait trouver des méthodes de dosage.

B. donne à ce propos 5 observations de diabète, de cholélithiase, d'ictère, de cancer de la vésicule biliaire dans lesquelles la porphyrine a pu être mise en évidence. Il admet d'ailleurs qu'on pourrait arriver à faire cette constatation beaucoup plus souvent.

Selon lui, la protoporphyrine dans l'urine n'est pas due à l'hémolyse, mais se produit dans le foie et dans les voies biliaires, dans des conditions encore inconnues, par transformation de la coproporphyrine.

D'autre part, la présence de protoporphyrine en excès doit faire songer à une augmentation de l'hémolyse. Il y aurait donc lieu de rechercher cette substance dans l'urine d'une façon plus systématique dans tous les cas de maladie du sang par hémolyse.

P.-E. Morhardt.

G. v. Takats. ***Méthode chirurgicale pour relever la tolérance pour le sucre*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 16, 22 Avril 1933). — Au cours de ces dernières années, T. et ses collaborateurs ont procédé, chez plus de 50 chiens, à une ligature en masse de la queue du pancréas. Sous cette influence, les îlots de la queue s'hyperplasient souvent. Mais on constate également de la sclérose avec disparition du canal d'excrétion. Dans tous les cas, la partie principale de la glande s'hypertrophie appréciablement. D'autre part, cette ligature a pour effet d'entraîner, dans la circulation, la sécrétion externe de la glande, car la diastase du sang augmente.

La tolérance pour le sucre des animaux d'expérience a été appréciée en calculant la quantité maxima de sucre (par kilogramme de poids du corps et par heure) qui ne détermine pas de glycosurie. Normalement, cette tolérance est de 1,8 à 1,9 gr. de dextrose. Chez les animaux d'expérience, on a toujours constaté une légère augmentation atteignant en moyenne 2 gr. 5 entre deux et trois mois après l'intervention. Ultérieurement, la tolérance s'abaisse à 2 ou 2 gr. 1 de glucose par kilogramme. L'ablation de la queue du pancréas ne diminue pas la tolérance qui doit donc être entièrement due au corps de la glande.

Cette intervention a été pratiquée chez deux enfants, dont la tolérance était bien connue et qui présentaient un diabète sévère. Dans le premier cas, la tolérance s'est élevée à 80 gr. de sucre et persiste depuis trois ans. Dans le second cas, l'amélioration a été très passagère.

Dans une seconde série de recherches, on a procédé à l'énervation du foie chez le chien sans modifier en aucune manière la tolérance pour le sucre. L'ablation du ganglion cœliaque, pratiquée chez 10 chiens, a eu des résultats nets : il y a augmentation progressive pendant les six premiers mois, après quoi la tolérance reste constante à un niveau à peu près deux fois supérieur à ce qu'il était auparavant. Ces animaux présentent également une sensibilité anormalement élevée à l'insuline.

Enfin, dans un quatrième groupe, on a énervé une surrénale et enlevé l'autre ou encore énervé les deux glandes. On a obtenu ainsi des résultats analogues à ceux qui ont été constatés après ablation du ganglion cœliaque.

P.-E. Morhardt.

M. Taubenhaus. ***Le traitement par la parathormone de la tétanie post-opératoire et les effets de la parathormone sur le calcium, le phosphore et la formule du sang*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 16, 22 Avril 1933). — Les effets de la parathormone sur le calcium du sang et sur la tétanie sont discutés. Les uns admettent que le calcium est augmenté et les symptômes de la maladie améliorés tandis que d'autres admettent que l'hormone n'est pas indispensable dans le traitement de la tétanie. D'ailleurs, cette hormone a occasionné des troubles (hypercalcémie avec décalcification du squelette).

Dans un cas de tétanie post-opératoire, ayant débuté cinq jours après l'ablation d'un goitre plongeant, on a commencé un traitement par l'hormone parathyroïdienne. Au bout d'une période d'observation de dix-sept jours, la malade a été traitée par administration d'hormone à des doses variant de 10 à 50 unités, parfois associées à l'administration de calcium. L'état de la malade s'est modifié sous cette influence, d'une façon immédiate. Mais, au bout d'un certain temps, il est apparu des symptômes de myxœdème en même temps que de tétanie (paresthésies), malgré les prises de comprimés de parathyroïdes.

Pendant tout le cours du traitement par l'hormone, le taux du calcium du sang est resté assez stable malgré l'amélioration clinique. Le phosphore du sang a diminué nettement sous l'influence de l'hormone. Ainsi, le traitement a eu pour effet d'augmenter le quotient *Ca : P* d'une façon parallèle à l'amélioration de l'état clinique. Pendant la cure, on n'a pas constaté de symptômes d'alcalose. Les protéines du sang ont été dosées et on a constaté un quotient *sérines : globulines* très élevé. D'autres auteurs ont d'ailleurs constaté que quand l'excitabilité est augmentée, les sérines du plasma s'élèvent.

P.-E. Morhardt.

J. M. Lascano-Gonzalez. ***Existe-t-il des phénomènes de sécrétion au niveau de l'épithélium des tubes urinaires?*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 17, 29 Avril 1933). — Un certain nombre d'auteurs (Van den Stricht, Van Gehuchten et Disse) ont, comme le remarque L.-G., décrit au niveau des tubes urinaires, des productions traduisant apparemment des phénomènes de sécrétion. Mais on a souvent considéré ces productions comme artificielles. Néanmoins, Kosugi et Sauer ont repris ces recherches et constaté l'existence de « granuloïdes » qui traverseraient la bordure en brosse de l'épithélium pour pénétrer dans la lumière des tubes. Ces granuloïdes ont été également observés par Brodersen et enfin par L.-G. lui-même. Les reins dont l'uretère a été lié ne sécrètent pas de granuloïdes de ce genre et confirment ainsi l'élimination de substances colloïdales ou protéiniques par certaines régions des tubes contournés.

L.-G. fait d'ailleurs remarquer que l'urine humaine contient à peu près autant d'albumine que d'acide urique. Le sédiment, qui se forme dans l'urine, fraîchement émise, est constitué par une substance fondamentale albuminoïde qui existerait également dans les infarctus d'acide urique du nouveau-né.

Si les glomérules fournissent un filtrat pur, il est nécessaire de supposer qu'au cours des processus de résorption ultérieure, il doit être fourni à l'urine des substances capables de faire de celle-ci un système colloïdal. Cette transformation ne peut naturellement pas se produire dans les glomérules. Dans les tubes contournés, il se produit surtout des phénomènes de résorption comme en témoigne la bordure en brosse. Par contre, dans l'anse ascendante, il n'y a plus de résorption ni de bordure en brosse et on observe alors, au maximum, des vésicules colloïdales qui parlent en faveur d'une sécrétion dans l'urine.

P.-E. Morhardt.

J. Weiser. ***Remarques sur l'histologie du foie après splénectomie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 17, 29 Avril 1933). — W. a pratiqué la splénectomie chez une série de 19 animaux qui ont tous bien supporté l'opération. Cinq d'entre eux vivaient encore au bout de deux mois; neuf sont morts quelques jours après l'opération et cinq entre la 4e et la 6e semaine. Ces 14 derniers ont tous présenté des signes d'anémie sévère et de cachexie. Le foie des animaux restés bien portants a été examiné au bout de deux mois et ne présentait rien d'anormal sauf une augmentation des cellules de Kupffer. Chez un de ces animaux cependant, on a trouvé, dans le foie, des nécroses et des petits abcès.

Dans le foie des animaux morts peu après la splénectomie, l'examen microscopique a révélé l'existence de dégénérescences graisseuses en foyers. Au microscope, on a constaté également de la nécrose des travées cellulaires ainsi qu'une augmentation des cellules de Kupffer et des dépôts d'hémosidérine.

Les petits abcès constatés ont pour origine de très petites nécroses de cellules hépatiques. On n'a jamais observé de foyers de coccus ni des thrombus, ni de membranes suppuratives. Dans ces nécroses, l'infection par Bartonella peut intervenir; mais, d'un autre côté, il est possible que la rate agisse sur la perméabilité des cellules hépatiques et favorise ainsi la nécrose.

Dans une autre série de recherches, il a été constaté la présence de cellules de Kupffer éosinophiles. Il semblerait donc qu'en somme, certaines races


CHIMIOTHÉRAPIE RATIONNELLE ET TOTALE
de la TUBERCULOSE
(Bacille Toxines - Terrain)
Médication injectable
(voie musculaire et sous-cutanée)
Contre C. Bacille B. Koch K.
à base de
métallostérols activés
de
CUIVRE
MOLYBDÈNE
CERIUM
Posologie : A utiliser par séries de 24 injections avec un mois de repos entre chaque série Faire une injection tous les jours pour la 1re série, tous les 2 jours pour les suivantes. Totaliser 3 à 4 séries par cure.
AUCUNE TOXICITÉ
AUCUNE RÉACTION
AUCUNE CONTRE INDICATION
AMÉLIORATION RAPIDE
DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
RÉSULTATS CLINIQUES ÉPROUVÉS
LABORATOIRES SFÉAT, 15, Rue Catulienne, S^T DENIS (Seine)

d'animaux présentent, après splénectomie, surtout une prolifération des cellules de Kupffer et d'autres des nécroses avec formation d'abcès.

P.-E. Morhardt.

H. E. Bock et **W. Griesbach.** ***La mensuration des érythrocytes par la halométrie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 20, 20 Mai 1933). — Un frottis de sang peut être utilisé comme réseau de diffraction pour la lumière incidente. Si on place un de ces frottis immédiatement devant l'œil, en face d'une source lumineuse, on voit une image plus ou moins nette de cette source entourée par une auréole irisée tout à fait analogue à ce qu'on observe par temps de brouillard avec une lanterne de réverbère. Les dimensions de l'auréole colorée varient avec la grandeur des érythrocytes.

Pijper a donné une formule qui permet de faire le calcul de ces dimensions et Eve a construit un appareil grâce auquel il est possible de déterminer les inconnues de la formule de Pijper. On trouve ainsi des chiffres qui, chez les sujets sains, donnent 7,4 µ comme diamètre moyen des érythrocytes. La présence de leucocytes ne trouble d'ailleurs la lecture d'une façon importante qu'à partir de 100.000. Cette méthode permet, chez les sujets atteints d'anémie pernicieuse et non traités, de faire un diagnostic du premier coup d'œil. Elle est donc un procédé de diagnostic indispensable. Les macrocytoses non pernicieuses sont assez rares. Elles s'observent cependant dans quelques affections du foie, de l'estomac et du pancréas ainsi que dans les altérations toxiques et leucémiques du sang. Les données de la mensuration directe et celles de la mensuration par la méthode de la halométrie ne diffèrent pas de plus de 1 µ. Avec un certain entraînement, les erreurs s'abaissent, avec l'appareil de Eve, à 0,2 µ.

En outre, le degré d'imprécision des anneaux colorés permet d'apprécier le degré de l'anisocytose. De plus, la leucocytose donne des images dont la nébulosité varie avec son importance.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Munich, Vienne)

A. Jesionek. ***Tuberculose et bains de lumière*** (*Münchener medizinische Wochenschrift* t. LXXX, n° 9, 3 Mars 1933). — L'actinothérapie agit sur les foyers tuberculeux cutanés et profonds dans un sens variable: tantôt elle détermine une notable amélioration, tantôt elle produit une aggravation. Pour comprendre ces irrégularités, il faut tenir compte du mode d'action des bains de lumière.

Tout d'abord le rôle de la peau en tant qu'organe de défense antituberculeux paraît très important. Il se produit à son niveau des échanges très actifs qui libèrent des substances tuberculolytiques dont le rôle est démontré par l'expérimentation.

Le bain de lumière, qui est toujours en même temps un bain d'air, modifie les conditions dans lesquelles se trouve habituellement la peau: chaleur, air confiné, etc. L'hyperhémie ainsi provoquée a une action excitante qui favorise les échanges au niveau des cellules cutanées et corollairement la tuberculolyse.

En ce qui concerne les cas dans lesquels les bains de lumière se sont révélés nocifs, il s'agirait soit de phénomènes inflammatoires cutanés secondaires à l'actino-aérothérapie et altérant les fonctions tégumentaires, soit de refroidissement ou de chaleur excessive inhibant fonctionnellement les processus de défense des cellules de la peau.

G. Dreyfus-Sée.

R. Groth et **B. Jegorow.** ***Une nouvelle méthode de traitement des ulcères gastriques par la diathermie (surtout avec des ondes courtes) des nerfs sympathiques et para-sympathiques du cou*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 9, 3 Mars 1933). — L'idée de cette méthode de traitement à distance, par l'intermédiaire des centres végétatifs, a été inspirée par une observation relevée par G. Un malade traité pour ulcus gastrique présentait simultanément une asymétrie faciale par hypotonie des muscles de la mimique et une ptose palpébrale avec exophtalmie unilatérale. L'existence de l'hyperacidité ulcéreuse digestive entraînant des troubles dans le domaine vago-sympathique permettait d'interpréter de façon univoque les troubles présentés par le malade. La diathermie du nerf sympathique et du vague de la région cervicale fut alors prescrite et on eut la surprise de voir à la fois la régression de l'asymétrie faciale et la disparition des troubles digestifs.

Dans 50 autres cas l'essai systématique de cette thérapeutique dans les syndromes gastriques s'accompagnant d'hyperacidité notable a fourni une importante proportion de résultats heureux.

Par contre, le traitement est demeuré inefficace lorsque l'acidité gastrique était diminuée, et il y a même eu une aggravation dans un cas d'achylie.

Des succès ont été obtenus chez des épileptiques par traitement électrique du vague et du sympathique cervical; au cours de l'angine de poitrine en s'adressant au ganglion cervical inférieur; dans le syndrome de Raynaud, dans certains troubles circulatoires des extrémités, et même lors de myélite.

G. Dreyfus-Sée.

L. Hofbauer. ***Angine de poitrine diaphragmatique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 11, 17 Mars 1933). — De nombreuses considérations cliniques démontrent le rôle fréquent du diaphragme dans les manifestations angineuses.

La statique et la cinématique du diaphragme sont souvent lésées au cours du tableau clinique de l'accès d'angor. L'apparition parfois primitive de ces troubles moteurs peut déterminer la crise.

Lors de phénomènes d'inhibition mécanique du diaphragme ou de déformations pathologiques de son dôme (pression abdominale accrue, hernie diaphragmatique, etc.), on peut voir apparaître des troubles angineux guérissant totalement lorsque régresse la lésion diaphragmatique déterminante.

Même si le diaphragme demeure organiquement sain, il est possible de constater une hyperesthésie de ce muscle, consécutive à un réflexe viscéro-sensoriel dont le point de départ est une lésion de l'appareil circulatoire (coronaires, aorte, myocarde). Cette hyperesthésie détermine une gêne respiratoire, une sensation de constriction thoracique et d'angoisse constituant la crise d'angor.

Il est facile de comprendre l'analogie des tableaux cliniques résultant, soit de troubles organiques, soit de réactions réflexes: dans les 2 cas, le résultat final est l'hyperesthésie du diaphragme qui provoque la gêne respiratoire et les troubles circulatoires.

G. Dreyfus-Sée.

Reichel et **Biedermann.** ***Observations sur les pneumothorax ambulatoires*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 11, 17 Mars 1933). — Pour apprécier les résultats des pneumothorax unilatéraux il suffit de rappeler une statistique de Saugmann, montrant que le nombre des sujets susceptibles de reprendre leur travail après pneumothorax est 3 fois plus grand que sans ce traitement, et que la mortalité est dans le premier groupe égale aux 3/4 du chiffre de décès dans le second groupe. Une enquête récente (1923, Maendl) permet de retrouver 71 pour 100 de résultats favorables durables sur 1.284 cas.

Les nécessités sociales interdisant les longs séjours hospitaliers, pour nombre de sujets, la question des pneumothorax ambulatoires se classe actuellement au premier plan.

R. et B. admettent que chez des sujets apyrétiques et présentant un bon état général, il est possible d'entreprendre le traitement à la policlinique à la condition d'hospitaliser le malade pour la primo-insufflation et les 2 premières réinsufflations.

Des pneumothorax bilatéraux ont également pu être entretenus chez des sujets venant se faire faire leur traitement au dispensaire, après que les premières insufflations de chaque côté avaient été pratiquées durant l'hospitalisation.

208 pneumothorax unilatéraux et 21 bilatéraux ont été ainsi traités par R. et B. avec des résultats satisfaisants.

G. Dreyfus-Sée.

MITTEILUNGEN AUS DEN GRENZGEBIETEN DER MEDIZIN UND CHIRURGIE
(Iena)

Anton Sattler. ***Sur 125 cas de plombage extra-pleural en cas de tuberculose pulmonaire caverneuse*** (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, t. XLIII, n° 2, 24 Avril 1933). — Les 125 interventions dont il est question dans ce travail ont été opérées entre le début de 1928 et le milieu de 1931, par Walzel. Dans 26 cas, les résultats ont été tout à fait satisfaisants. Il est donné en détail trois observaions de ce genre. Chez tous ces malades, il s'agissait de formes plus ou moins limitées, de processus caverneux-productifs du lobe supérieur avec expectoration bacillifère. Il ne s'est jamais agi de cavernes à parois minces ou superficielles qui favorisent la pénétration du plombage dans la caverne, soit pendant l'opération, soit secondairement. En outre, les rayons de Rœntgen ne permettaient pas de constater de niveau liquide et faisaient par conséquent penser qu'un semis par aspiration n'était pas très vraisemblable.

Au point de vue technique, S. note qu'on résèque un petit fragment de la 3e ou de la 4e côte, au voisinage du rachis. Le décollement ne doit pas être exagéré et ne pas créer de lésion pariétale près de la caverne. La masse de plombage ne doit pas dépasser 300 à 400 gr., car une masse de 500 gr. provoque un trouble circulatoire. Après l'intervention, il apparaît une petite période de fièvre qui cesse rapidement. La guérison de ces 26 malades a été confirmée par un nouvel examen fait deux ans après l'intervention.

Dans une observation reproduite par S., par contre, le plombage n'a pas réussi à arrêter les progrès de la maladie. Dans une autre observation, le plombage a réussi à faire cesser une hémoptysie incoercible.

Parmi les indications spéciales du plombage figure d'abord le processus caverneux du lobe supérieur et notamment du sommet. C'est là l'indication idéale. En pareil cas, le plombage conserve intactes les fonctions des parties saines du poumon.

La pneumonie par aspiration a été observée dans 5 cas (4 pour 100). Dans 8 cas, l'apicolyse n'a pas pu être faite et on a eu recours à une thoracoplastie.

Dans les processus bilatéraux, on a pu plomber le foyer principal supérieur d'un côté, alors, par exemple, que l'autre côté présentait une tendance favorable à la guérison. On peut également associer le plombage d'un côté à un pneumothorax contralatéral. Cette combinaison a été pratiquée dans 4 cas avec amélioration décisive dans 2 cas et amélioration dans un autre.

Les grandes cavernes d'un côté s'accompagnent souvent de lésions de l'autre côté et exigent une masse de plombage très considérable, de sorte qu'on ne peut en espérer qu'un bénéfice partiel. Sur 3 cas de ce genre, il en est mort un de méningite. Dans 2 autres cas, il a été procédé à un plombage consécutivement à une thoracoplastie.

La rupture de la caverne qui a été observée une fois par S. est une complication très grave. La pénétration, dans la cavité pleurale, peut avoir aussi des conséquences très sérieuses car elle entraîne un empyème dont le pronostic est sombre. C'est là une complication difficile à prévoir.

Parmi les complications post-opératoires figure la pénétration du plombage dans la caverne qui est caractérisée par l'expectoration de particules de paraffine. En pareil cas, la thérapeutique consiste souvent à enlever la masse de plombage et à pratiquer une thoracoplastie. Des complications de ce genre ont été observées dans 15 cas (12 pour 100) et ont entraîné une mortalité de 4,8 pour 100.

La suppuration du lit de la masse de plombage sans perforation a été observée. Dans 3 cas, elle a nécessité une intervention pour enlever la masse. Les infections de ce genre doivent se faire par la voie lymphatique. Enfin, dans quelques cas, la masse est expulsée après avoir bombé sous la peau sans provoquer aucun phénomène inflammatoire. S. cite encore, parmi les complications, la chute de la masse de plombage, l'exsudation ou l'épanchement de sang dans le lit de la masse, la compression, les réactions fébriles, la pneumonie par aspiration, etc.

Au total, 20 pour 100 de ces malades ont été améliorés d'une façon décisive et 27 pour 100 ont été simplement améliorés. Par contre, 11 pour 100 sont restés stationnaires et 8 pour 100 se sont aggravés; 28 pour 100 ont été débarrassés de leurs bacilles. La mortalité totale s'est élevée à 23 pour 100. La mortalité opératoire éloignée (20 pour 100) et la mortalité précoce (3,2 pour 100) peuvent d'ailleurs être réduites en posant les indications avec plus de précision.

P.-E. Morhardt.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

F. Koller. ***Inflammation aiguë du lobe antérieur de l'hypophyse avec glycosurie et altérations ovariennes*** (*Endokrinologie*, t. XII, n° 6, Juin 1933). — L'observation de K. concerne une femme de 24 ans qui meurt, après dix jours de maladie, d'un furoncle de la lèvre supérieure ayant donné lieu à une thrombophlébite bilatérale du sinus caverneux avec inflammation et thrombose de la carotide interne, pachy-méningite purulente circonscrite de la fosse temporale gauche, etc.

En outre, à l'autopsie, on est frappé par le volume de l'hypophyse qui pesait 1 gr. 100 et représentait, par conséquent, le double de ce qui s'observe chez les non gestantes. Un examen microscopique de cet organe a montré qu'il était atteint d'inflammation provoquée par des amas microbiens dans les vaisseaux marginaux. Cette inflammation avait d'ailleurs déterminé surtout des nécroses et non pas une fonte purulente qui s'observe quand il s'agit du lobe postérieur de l'hypophyse. L'invasion de la glande a pu se faire d'abord par les veines qui sont en relations directes avec le sinus caverneux. Mais d'un autre côté, comme les artères de la préhypophyse naissent de la carotide à l'intérieur du sinus caverneux, il est possible également que les nécroses résultent d'une insuffisance d'irrigation du fait de la thrombose carotidienne.

Quoi qu'il en soit, ces altérations hypophysaires doivent être mises en relations d'abord avec la glycosurie qui a été constatée peu avant la mort de la femme, qui a atteint la proportion de 2,5 pour 100 et s'est accompagnée d'albuminurie légère, de cylindres et de cellules épithéliales. Le pancréas ne présente aucune lésion. Le nombre des îlots s'élève à 100 par 50 mmq dans la queue et à 70 dans le corps. A ce sujet, K. remarque que jusqu'ici on ne connaît pas de diabète sucré authentique avec un nombre aussi normal d'îlots pancréatiques. Ainsi, dans tous les cas d'acromégalie avec glycosurie, on a constaté des altérations de l'appareil insulaire, fait qui n'est pas nécessairement fortuit. Comme on ne peut pas non plus admettre que la glande ait agit par son volume directement sur les centres de la base, on doit parler d'une action hormonale. L'inflammation aurait ainsi déterminé une sécrétion abondante d'hormone comme le fait s'observe notamment en cas de strumite.

D'autre part, dans les ovaires, on a trouvé 4 corps jaunes d'un volume allant de celui d'un pois à celui d'une noisette. Il existe également une zone marginale de lipoïdes autour de la plupart des corps jaunes en voie de régression et une atrésie des follicules. Cette augmentation du tissu lutéinique ne saurait être considérée comme la conséquence d'une action toxique. Il faut donc, là encore, admettre que l'hypophyse est intervenue. Une gestation n'est d'ailleurs pas en cause comme l'examen de l'utérus l'a montré.

P.-E. Morhardt.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Vienne)

Flaum et Jagic. ***Diagnostic différentiel de la thrombose coronarienne*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, n° 4, 21 Janvier 1933). — C'est surtout du point de vue pronostic qu'il est très important de séparer l'accès douloureux dû à l'infarctus myocardique de l'angine de poitrine vulgaire ; la différenciation en est d'autant plus difficile qu'il s'agit dans les deux cas d'une précordialgie avec angoisse, et que souvent la thrombose coronarienne survient chez des sujets ayant présenté déjà des crises d'angor pectoris simple. Sont en faveur de l'infarctus les symptômes suivants : accès débutant au repos, état de mal angineux, persistance de la douleur malgré le repos et la médication, douleur souvent épigastrique irradiant dans les deux bras, signe d'insuffisance cardiaque avec chute tensionnelle et assourdissement des bruits, fièvre et leucocytose sanguine, frottement péricardique, et enfin modification durable du tracé électrocardiographique. Ces anomalies du tracé se rencontrent dans 10 pour 100 des cas sous la forme de l'onde coronarienne de Pardee. F. et J. relatent l'observation d'une femme de 39 ans, rhumatisante ancienne, chez laquelle survinrent, avec des signes d'insuffisance cardiaque, des douleurs abdominales intenses avec vomissements ayant fait penser à une appendicite aiguë. Certaines anomalies du tableau clinique firent cependant surseoir à l'opération, et l'apparition d'un frottement péricardique motiva la prise d'électrocardiogrammes qui montrèrent l'onde de Pardee, ce qui fit croire à une thrombose coronarienne. Ce diagnostic fut néanmoins infirmé par l'examen anatomique qui montra l'existence d'une myocardite rhumatismale ayant évolué ainsi sous le masque d'un infarctus myocardique.

G. Basch.

Schlesinger. ***D'un aspect peu fréquent de la névrite vasculaire*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, n° 4, 21 Janvier 1933). — On a signalé depuis longtemps les altérations des nerfs périphériques associées aux troubles vasculaires des extrémités, qu'il s'agisse d'artérite sénile, de maladie de Bürger ou de périartérite noueuse. On observe des lésions dégénératives des filets nerveux satellites des vaisseaux. Ces faits permettent d'attribuer une pathogénie nerveuse à la claudication intermittente qui s'accompagne de paresthésies, de douleurs plantaires, de troubles de la sensibilité objective superficielle et profonde et à tous les modes ; il est rare d'observer des troubles moteurs ainsi que de l'atrophie musculaire ; le réflexe achilléen manque souvent. S. a vérifié son impression clinique sur un ensemble de 470 cas de claudication intermittente (dont 430 hommes) ; cette névrite, particulièrement fréquente dans l'artérite sénile, lui paraît être de nature dégénérative, et n'a tendance ni à la régression, ni à la progression.

G. Basch.

Muller-Deham. ***Circulation et respiration chez le vieillard*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, n° 9, 25 Février 1933). — Certains troubles respiratoires paraissent vraiment l'apanage de la vieillesse, tel l'emphysème sénile dû à la diminution de la surface respiratoire à la suite de la destruction d'un certain nombre d'alvéoles pulmonaires ; cette restriction de la capacité vitale est encore accentuée par les troubles qu'apporte à l'expansion thoracique l'ossification des cartilages costaux. Deux formes d'emphysème peuvent s'observer, l'un avec élargissement de la base thoracique et affaissement du diaphragme, l'autre avec thorax piriforme. Il est fréquent en outre d'observer chez le vieillard des bronchites aiguës ou chroniques ; il est très important d'obtenir chez de tels sujets une expectoration suffisante à l'aide d'une médication appropriée. L'asthme du vieillard est extrêmement fréquent et son traitement particulièrement délicat puisqu'on hésitera à employer l'adrénaline susceptible de réaliser une hypertension dangereuse ; on utilisera les préparations iodées avec avantage. Quant aux troubles circulatoires du vieillard, ils consistent souvent en une hypertrophie du muscle cardiaque, principalement du cœur droit, en une sclérose coronarienne pouvant donner lieu à l'infarctus du myocarde, en une sclérose des valvules cardio-artiques. M. insiste enfin sur l'artérite sénile des extrémités.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Brunn. ***Données expérimentales concernant l'œdème pulmonaire*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 9, 3 Mars 1933). — Parmi les divers expérimentateurs qui ont pu réaliser l'œdème pulmonaire, Welch le premier a provoqué ce trouble chez l'animal, soit par la ligature de l'aorte, soit par la destruction de la musculature du ventricule gauche, ces expériences tendant à prouver le rôle de la défaillance du ventricule gauche dans la pathogénie de l'œdème aigu. Contre cette opinion se sont inscrits de nombreux auteurs, dont Fritz Kraus qui réalise chez le lapin un œdème pulmonaire en sectionnant le vague et en injectant cinq centimètres cubes d'une solution salée à 1 pour 100 dans la veine jugulaire. On a pu réaliser le syndrome par des moyens variés : excitation faradique des cavités cardiaques, injection d'adrénaline, etc...

B. a provoqué l'œdème pulmonaire chez le lapin en suivant la technique de Kraus. A l'autopsie de l'animal, il n'a pas observé de distension des cavités cardiaques, mais par contre a noté un œdème de la glotte responsable selon lui de quelques-uns des troubles respiratoires constatés. Il a expérimenté en outre l'action des divers médicaments : morphine, posthypophyse, dial, dont l'action lui a paru problématique. Au contraire, le

luminal a retardé ou empêché l'apparition de la dyspnée.

Il a cherché également à réaliser l'œdème du poumon chez des lapins ayant subi la veille une double néphrectomie ; les accidents dyspnéiques n'ont pas été déclanchés par une injection de 400 cmc d'une solution salée. La même tolérance vis-à-vis de ces causes provocatrices s'observe chez l'animal chez lequel on a pratiqué l'énervation des deux reins. Il semble donc à l'auteur que la raison principale de l'inondation alvéolaire réside dans les troubles du métabolisme de l'eau, ainsi qu'en témoignent certains phénomènes œdémateux survenant après injection de salyrgan avant que ne se soit établie la diurèse que provoque ce médicament.

G. Basch.

Zimmermann. ***Etude du sang dans la maladie de Basedow*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 9, 3 Mars 1933). — Il n'y a pas de type constant de la formule sanguine dans la maladie de Basedow, qui soit susceptible d'assurer le diagnostic ou le pronostic de chaque cas particulier ; on rencontre le plus souvent une neutropénie avec lymphocytose relative ; chez 21 pour 100 des sujets, Z. a noté une lymphocytose absolue, et dans 60 pour 100 des cas une augmentation nette des érythrocytes granuleux ; dans la plupart des cas, il n'y a pas de Mastzellen. Alors que le temps de saignement n'est augmenté que chez moins de la moitié des malades, le purpura provoqué est très fréquent chez les femmes (74 pour 100 de tous les cas observés). Le temps de sédimentation est raccourci dans presque tous les cas et surtout dans les cas graves.

On trouve de façon assez précoce des anomalies de l'électrocardiogramme en dérivation 1 et 2, traduisant avant tout une défaillance du myocarde. Les signes suivants témoignent de la gravité d'un cas : neutropénie accentuée, purpura provoqué. Ces critères restent cependant d'une importance très secondaire vis-à-vis de la mesure du métabolisme basal.

G. Basch.

Plaschkes. ***Hyperpéristaltisme intestinal d'origine hormonale pendant la menstruation et la grossesse*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 10, 10 Mars 1933). — Qu'il s'agisse des conditions normales ou pathologiques, il est hors de doute que le tube digestif de la femme réagit sous l'influence de ses glandes génitales, probablement par l'intermédiaire du vague et des splanchniques. Pour Schickelé, 30 pour 100 des femmes présentent de la diarrhée pendant leurs règles, 50 pour 100 sont constipées ; Novak signale pendant la période menstruelle l'aggravation de la constipation ou de la diarrhée ; Foges montre l'analogie entre la colite muco-membraneuse et la dysménorrhée membraneuse. P. relate le cas d'une femme atteinte de constipation opiniâtre, vérifiée radiologiquement (hypokynésie intestinale), et qui présente des selles normales pendant ses règles, alors que tout le reste du mois elle n'expulse que quelques billes enrobées dans du mucus. Ces faits ont incité à utiliser les extraits ovariens dans le traitement de la constipation. Cependant, il semble que cette action hormonale s'exerçant sur les fibres lisses de l'intestin soit plutôt d'origine hypophysaire qu'ovarienne : en effet, le rétablissement du cours des selles se fait généralement un jour ou deux avant les règles, et l'on connaît d'autre part l'action de la pituitrine sur les muscles lisses ; enfin, des modifications du même genre s'observent chez la femme enceinte.

G. Basch.

ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA
(Naples)

Amorosi. ***Les altérations des divers organes consécutives à la dérivation totale de la bile hors de l'intestin*** (*Annali Italiani di Chirurgia*, t. XII, n° 1, 31 Janvier 1933). — A. fait d'abord un exposé des explications pathogéniques, jusqu'ici données, de la décalcification du squelette et de l'ulcère gastro-duodénal qu'entraîne cliniquement la dérivation biliaire. Il expose ensuite ses propres recherches faites dans le but d'étudier les lésions des divers organes, produites par cette même dérivation. Il l'a établie, par résection du cholédoque entre deux ligatures et drainage permanent de la vésicule, chez 6 gros chiens, nourris de façon invariable, qui ont été sacrifiés au bout de cinq mois pour permettre l'examen microscopique de leurs organes.

Il résulte de ces examens que tous les organes sont le siège d'altérations plus ou moins marquées, attribuables à une triple cause : action toxique, troubles du métabolisme du pigment sanguin, troubles du métabolisme du calcium.

L'action toxique ne vient pas de la suppression d'une action antitoxique exercée directement par la bile ; elle est le résultat indirect des troubles de l'absorption, de ceux du péristaltisme, du développement des bactéries de la putréfaction, dus à l'absence du liquide alcalin.

L'écoulement permanent de la bile au dehors explique les troubles du métabolisme du pigment hématique ; il y a, en effet, augmentation de la sécrétion biliaire et suppression de la résorption intestinale normale des éléments de la bile, utiles à la formation des pigments et excito-sécréteurs du foie. Ces deux premiers facteurs et l'intense altération des cellules hépatiques, révélée par l'examen histologique, devraient entraîner une diminution de plus en plus grande de la sécrétion biliaire s'il n'y avait intervention de divers organes pour maintenir, à peine diminuée, la quantité de bile excrétée. C'est le système réticulo-endothélial de la rate, des ganglions, des capsules surrénales qui, par hyperfonctionnement, met en liberté, pour sa transformation en pigment biliaire, le pigment des globules rouges détruits en quantité anormale. En faveur de cette explication, parlent les abondants dépôts de pigment hématique qui ont été trouvés dans ces organes et l'état d'hyperfonctionnement où ils étaient lors de l'examen ; la théorie d'Aschoff donne d'ailleurs à la formation du pigment biliaire un siège extra-hépatique.

Le trouble du métabolisme du calcium dépend de sa perte que montre son dosage dans la bile dérivée et dans les fèces. Les parathyroïdes, par leur hyperplasie, réagissent contre cette perte exagérée ; elles mobilisent la réserve de calcium du squelette et produisent ainsi une dystrophie osseuse qui a tous les caractères de l'ostéomalacie.

P. Grisel.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
(Milan)

M. Nizza. ***Recherches sur l'équilibre hémoglobinique dans la grossesse*** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*), t. LV, n° 2, 28 Février 1933). — L'hémoglobine mise en liberté par l'hémolyse continuelle est détruite, une nouvelle hémoglobine est formée, et son maintien à un niveau constant est un fait d'équilibre hémoglobinique étudié par Riva et Zoia. Du bilinogène intestinal (transformation de la bilirubine, transformation elle-même de l'hémoglobine libérée) une partie minime va au foie qui en retient un peu et laisse aller le reste au filtre rénal, la partie la plus importante étant éliminée avec les fèces sous forme de stercobiline. Dominici a fixé à 2 à 4 mm. l'élimination urinaire quotidienne et à 72 à 240 mm. l'élimination stercorale.

On doit admettre qu'il y a un rapport entre le bilinogène urinaire et intestinal éliminé et la grandeur de l'hémolyse. La quantité urinaire étant très faible, le dosage du bilinogène des fèces suffirait à établir le rapport cherché.

La transformation de l'hémoglobine en bilirubine se ferait dans le foie pour Minkowski, et, pour Aschoff, en dehors du foie, sous l'action du système réticulo-endothélial. V. de Berg, l'Ecole milanaise ont, par la diazoréaction, indiqué la possibilité de reconnaître ces deux bilirubines : l'hépatique d'origine biliaire, décelée par réaction directe ; l'extra-hépatique, d'origine hémolytique, mise en évidence par réaction indirecte après addition d'alcool.

C'est en se basant sur ces données, que, par dosage de l'urobiline urinaire et fécale et de la bilirubine, chez 36 femmes (d'abord pendant la grossesse, puis après l'accouchement), N. a étudié les modifications subies par l'ensemble de l'appareil hématopoïétique et regardées habituellement comme caractérisées par une augmentation de l'hémolyse et un état d'anémie gravidique. Il est arrivé aux conclusions que voici :

L'élimination du bilinogène augmente et devient supérieure à celle relevée en dehors de la grossesse ; elle est encore notablement plus forte dans les jours qui suivent l'accouchement.

Il existe un rapport entre l'élimination du bilinogène et la crase sanguine, et l'augmentation du bilinogène est contre-signée par une diminution du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges du sang.

L'hyperbilinie gravidique et puerpérale est à attribuer à une augmentation de l'hémolyse. De toutes les causes qui ont été indiquées pour expliquer cet accroissement de l'hémolyse, l'augmentation de la fonction hémocatarétique du système réticulo-histiocytaire, et les modifications des sécrétions internes, semblent être celles qui ont le plus d'importance.

P. Grisel.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
(Lausanne)

Jeanne Stephani-Cherbuliez. ***Tuberculose pulmonaire, métabolisme basal et coefficient de combustion*** (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, t. LIII, n° 3, 10 Mars 1933). — Les auteurs qui ont étudié le métabolisme basal des tuberculeux pulmonaires ont abouti à des conclusions divergentes, les uns le trouvant augmenté, d'autres, normal, d'autres, diminué. S. a repris cette étude en limitant son choix à des malades apyrétiques pour éliminer l'influence de la fièvre et en choisissant des malades non intoxiqués, d'état général assez bon pour ne pas être alités. Elle a adopté l'appareil de Benedikt, modification Knipping, au moyen duquel le métabolisme basal est donné simplement par la quantité d'oxygène absorbé par unité de temps, et exprimé non en calories, mais en quantité d'oxygène absorbé par minute et par kilogramme de sujet en expérience.

Les variations du métabolisme basal constatées chez les tuberculeux ne dépassent pas les variations individuelles que présentent les sujets normaux : la moyenne pour l'ensemble des malades a été de 4,24 cmc : pour les sujets sans pneumothorax elle fut seulement de 4,04 ; pour ceux avec un pneumothorax, de 4,45 ; et avec deux pneumothorax, 4,73. Le métabolisme serait donc un peu plus élevé chez les porteurs d'un pneumothorax et surtout de deux pneumothorax.

Les graphiques enregistrés pour la recherche du métabolisme basal ont permis de déterminer pour chaque sujet l'amplitude respiratoire moyenne, le

coefficient de ventilation et le coefficient de combustion. L'amplitude respiratoire moyenne présente dans la tuberculose pulmonaire, comme chez le sujet normal, des variations très étendues. Comme chiffres extrêmes, on a trouvé 2.500 cmc et 145 cmc. Le coefficient de combustion est généralement augmenté chez les tuberculeux pulmonaires; cette augmentation, qui compense partiellement le coefficient de ventilation, est plus accentuée chez les malades avec pneumothorax que chez les autres. Elle est encore plus grande lorsque le pneumothorax est double.

Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

T. Gordonoff. ***Un cas de iodebasedow survenu après bronchographie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 10, 11 Mars 1933). — G. remarque tout d'abord que la bronchographie est devenue une méthode dont on ne peut plus guère se passer. Néanmoins, elle donne lieu à des accidents comme le montre le cas d'une femme de 54 ans qui tousse et expectore depuis deux mois. Elle présente un léger goitre nodulaire. On entend, à l'auscultation, aux bases, des râles humides. L'examen du sang montre que les leucocytes s'élèvent à 16.000 et les lymphocytes à 13 pour 100. Il n'y a pas de bacilles de la tuberculose dans l'expectoration. On songe à une bronchectasie et on procède à une injection de lipiodol qui, effectivement, montre qu'aux bases les bronches sont modérément dilatées.

Peu après cette injection, le sommeil devient mauvais, il apparaît du tremblement des mains, des sueurs profuses, une accélération du pouls qui atteint 128 et une lymphocytose qui s'élève à 34 pour 100 avec 6.700 leucocytes. Il n'a pas pu être procédé à une mesure du métabolisme de base. Néanmoins, il s'agit incontestablement d'un cas d'iodebasedow.

G. a injecté ensuite, dans la trachée d'un lapin, 2 cmc de lipiodol et constaté ainsi, au bout de vingt-quatre heures, que la quantité d'iode s'élevait à 0,295 milligr. dans le sang et à 4,56 milligr. dans l'urine. Au bout de quatre jours, ces chiffres ont encore un peu augmenté et on a trouvé alors dans les poumons 693 milligr. d'iode. On a pu calculer au total que 1,56 pour 100 du lipiodol dans les poumons a passé dans le sang et dans l'urine.

G. rend attentif au fait qu'avant toute bronchographie, il ne faut pas se borner à examiner les reins, mais étudier également le fonctionnement de la thyroïde. Des injections minimes d'iode permettent de déceler une hypersensibilité. En outre, après toute bronchographie, les expectorants sont nécessaires et notamment l'éther en injections sous-cutanées est utile. Il est possible que des produits bromés soit préférables aux produits iodés.

P.-E. Morhardt.

O. Naegeli. ***Relations du virus herpétique et des résultats de la pyrétothérapie dans la paralysie générale*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 11, 18 Mars 1933). — N. insiste sur le fait assez peu mis en évidence jusqu'ici, que la pyrétothérapie a des effets thérapeutiques localisés: cette médication agit sur la syphilis du système nerveux central, mais non pas sur les manifestations tertiaires de la peau ou des autres viscères. On a pu trouver des spirochètes dans la rate, c'est-à-dire dans le réservoir des plasmodies. N. est arrivé ainsi à se demander si le virus herpétique n'interviendrait pas dans ce phénomène, car il a eu l'occasion d'observer des résultats remarquables survenus après herpès et des insuccès chez des malades qui n'avaient pas présenté d'affection de ce genre. D'ailleurs, le virus herpétique paraît posséder une action bactéricide, car les coccus de la suppuration disparaissent des pustules en deux ou trois jours. Il n'est donc pas impossible que ce virus ait une action sur les spirochètes. En tout cas, il est neurotrope. On sait en outre que l'éruption d'herpès a des effets favorables sur le cours de certaines maladies infectieuses. Le fait a été souvent affirmé par les anciens cliniciens et confirmé par les recherches modernes. Il y avait donc lieu de voir si, chez les sujets herpétiques, le traitement de la paralysie générale par la pyrétothérapie donne de meilleurs résultats que les autres, si ces sujets présentent une certaine immunité à l'égard de la syphilis cérébrospinale et enfin quelles sont les relations qui existent entre l'herpès et la syphilis du liquide céphalo-rachidien.

D'une façon générale, les paralytiques, qui font de l'herpès pendant la pyrétothérapie, ont tous bien réagi, sauf dans un cas. Parfois même les réactions spécifiques du liquide céphalo-rachidien sont devenues négatives une semaine après le traitement. Des résultats aussi favorables sont infiniment plus rares chez les syphilitiques qui n'ont pas présenté d'herpès.

En étudiant l'histoire des malades, N. a constaté qu'en cas de lésion syphilitique cérébro-spinale, l'herpès est deux fois moins fréquent que lorsque des localisations de ce genre ne s'observent pas. N. a également examiné la question de la fréquence de la syphilis cérébrale d'une part et de l'herpès d'autre part dans chacun des sexes. Le tabes et la paralysie sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 3 ou de 5 à 2. Or, sur 100 femmes syphilitiques dont le liquide céphalo-rachidien a été examiné, il en est 26 qui ont donné des réactions positives. La proportion sur 100 hommes se trouvant dans les mêmes conditions s'est élevée à 50. En ce qui concerne l'herpès et plus spécialement l'herpès menstrualis, il est beaucoup plus fréquent chez les femmes. La proportion est donc précisément l'inverse de ce qui est observé en cas de tabes ou de paralysie générale.

Il semble que la plus grande fréquence de l'herpès chez la femme puisse expliquer, dans une certaine mesure, son immunité relative à l'égard de la syphilis cérébrale.

P.-E. Morhardt.

Walther Hitz. ***Les effets de la chlorophylle sur l'artériosclérose*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 18, 6 Mai 1933). — H. rappelle d'abord que Burgi a montré le premier, en 1917, que la chlorophylle a une action thérapeutique sur l'artériosclérose. Cette action a été ultérieurement confirmée par Rentz, par Gsell, par Gordonoff, etc. En somme, d'après l'ensemble de ces auteurs, la chlorophylle aurait des effets favorables sur l'artériosclérose de l'homme et préviendrait, chez l'animal d'expérience, l'apparition de lésions d'artériosclérose provoquées par l'administration de cholestérine.

H. a traité 25 artérioscléreux par la chlorophylle sans fer (chlorosan). Chez beaucoup de ces malades, les symptômes subjectifs et objectifs se sont nettement améliorés sous l'influence du traitement même quand il s'agissait de malades soignés depuis longtemps avec les médicaments usuels.

H. attire l'attention sur le fait qu'en ces matières, l'élévation de pression, bien qu'elle constitue un signe important, n'est pas toute la maladie. Les symptômes subjectifs (vertiges, céphalée, sensation de compression dans la région cardiaque, inappétence, insomnie, troubles nerveux) ont une signification très importante. Dans un certain nombre de cas, le médicament n'a pas eu de résultats tout au moins sur la pression. Dans un de ces cas, il s'agissait d'artériosclérose accompagnée de syphilis.

P.-E. Morhardt.

NORDISK MEDISINSK TIDSHRIFT

(Stockholm)

Georg Kinberg. ***Le traitement du parkinsonisme par les hautes doses d'atropine*** (*Nordisk Medisinsk Tidshrift*, t. 5, 11 Mars 1933).. — K. a utilisé, chez 6 parkinsoniens, la méthode de C. Roemer, en les traitant avec des doses énormes d'atropine. Il a employé une solution à 0,5 pour 100, et commencé par donner une goutte trois fois par jour. La dose était augmentée de III gouttes par jour jusqu'au dixième jour. A ce moment, on ajoutait III gouttes tous les deux jours et en arrivant à la dose de LX gouttes, on ajoutait III gouttes tous les trois jours. A la dose maxima LXXXIV gouttes par jour, il substitue à la solution des pilules à 0,005 de sulfate d'atropine.

K. peut confirmer les bons résultats de Roemer.

Alf. P. Jacobsen.

NORSK MAGASIN FOR LÆGEVIDENSKAPEN

(Oslo)

Th. Ghjätta et Erik Waaler. ***La réaction de fixation du complément chez les blennorragiques*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, n° 3, Mars 1933). — G. et W. ont étudié la réaction de fixation du complément dans le sérum de 130 sujets souffrant d'inflammation uro-génitale ou d'arthrite. Chez 96 malades, le diagnostic de blennorragie était confirmé cliniquement et microscopiquement. 4 seulement des 19 patients atteints uniquement d'urétrite antérieure aiguë ont présenté une réaction positive, tandis qu'elle existe pratiquement chez tous les malades atteints de gonorrhée *chronique* ou compliquée.

Les auteurs ont utilisé un antigène gonococcique sec qui reste inaltéré et conserve la faculté fixative depuis plus d'un an.

A.-P. Jacobsen.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

Léon Bernard et **Julien Marie.** ***Les pleurésies hémorragiques à éosinophiles du cancer primitif du poumon. La micro-pleurésie à éosinophiles*** (*Annales de médecine*, t. XXXIII, n° 4, Avril 1933). — Chez un homme de 54 ans, ancien dysentérique, apparaît un syndrome pulmonaire de la base droite, qui se révèle brusquement par un point de côté violent, une expectoration sanglante prolongée, une fièvre élevée et persistante. L'affection se complique d'un épanchement pleural hémorragique peu abondant, très riche en cellules éosinophiles (56 pour 100). Simultanément, l'examen du sang révèle une éosinophilie notable (11 pour 100). L'ensemble des signes permet de discuter le diagnostic d'abcès amibien du poumon, mais rapidement le syndrome se complète : tout le champ pulmonaire est envahi par une ombre dense, homogène; les adénopathies cervicales correspondantes se développent et le diagnostic de cancer pulmonaire s'impose, confirmé par la biopsie d'un ganglion. La mort survient subitement onze mois après le début clinique de la néoplasie. Pas d'autopsie.

B. et M. rapprochent de cette observation personnelle 3 cas découverts dans la littérature médicale.

Ces pleurésies, au cours du cancer primitif du poumon, paraissent très rares. Tantôt la pleurésie est abondante, l'éosinophilie nette ou très marquée et, seul, cet aspect cytologique caractérise ce type d'épanchement. Dans une autre variété, la pleurésie hémorragique à éosinophiles est caractérisée par son insidiosité, son peu d'abondance, son éosinophilie énorme et transitoire, sa courte durée, son absence de septicité. Cette micro-pleurésie à éosinophiles, qu'elle soit hémorragique ou citrine, paraît traduire un processus spécial de réaction aseptique de la séreuse pleurale qui peut être réalisé par des causes différentes (néoplasie pulmonaire, congestions pulmonaires aiguës, maladie de Bouilland, amibiase pulmonaire).

L. Rivet.

J. Belot et **Ledine.** ***Valeur des traitements de la maladie de Graves-Basedow*** (*Annales de médecine*, t. XXXIII, n° 4, Avril 1933). — B. et L. montrent l'efficacité et l'innocuité de la physiothérapie de l'hyperthyroïdisme, méthode qui n'a à son passif aucun décès, et qui conserve le corps thyroïde, dont les sécrétions, ramenées à un taux normal, sont d'une incontestable utilité. Les cas non influencés par le traitement médical et la physiothérapie appartiennent à la chirurgie: une tentative radiothérapique préalable a sans doute alors retardé l'intervention, mais il semble bien que la radiothérapie ne saurait dans ces cas être rendue responsable des adhérences observées. Par ailleurs, la chirurgie doit intervenir d'emblée dans les adénomes toxiques, certains goitres plongeants, en présence de phénomènes asphyxiques ou toxiques menaçants. Mais les formes frustes relèvent des traitements médicaux et physiothérapiques.

Dans les cas classiques d'hyperthyroïdisme avec goitre, chirurgie et radiothérapie ont à leur actif des cures nombreuses. Mais la chirurgie a contre elle, outre les poussées d'hyperthyroïdisme, les accidents de paralysie récurrentielle et les poussées de myxœdème, la possibilité d'une mort subite.

Pour fixer les limites de la chirurgie et celles de la radiothérapie, il faut une collaboration loyale entre médecins, chirurgiens et physiothérapeutes, chacun apportant avec impartialité le résultat de sa pratique.

L. Rivet.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

(Paris)

Cornil et **Mosinger.** ***Sur les angiomes et télangiectasies intra-rachidiennes*** (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. IX, n° 9, Décembre 1932). — Une classification des tumeurs vasculaires intrarachidiennes conduit à distinguer les télangiectasies ou anomalies vasculaires des angiomes ou néoplasies aux dépens du tissu vasculaire. Mais cette définition n'empêche pas que certains cas soient difficiles à classer.

Les télangiectasies sont presque exclusivement veineuses. C. et M. en ont étudié cinq observations qu'ils indiquent très résumées. Ce groupe constitue les 4,7 pour 100 des tumeurs intrarachidiennes. Il existe des télangiectasies intramédullaires et des télangiectasies pieméiennes.

Les angiomes peuvent constituer une néoplasie à eux seuls : angiome pur, ou par association avec d'autres tissus: lipome, gliome, neurinome, ce sont les angiomes associés. Les angiomes purs étudiés sont au nombre de trois, soit 2,9 pour 100 des tumeurs intrarachidiennes. On distingue l'angiome caverneux, capillaire, l'angioréticulome, l'angioréticulo-xanthome (Berger et Vallée).

Au point de vue topographique il faut encore distinguer les tumeurs vasculaires isolées (intramédullaires, méningées, épidurales) et les tumeurs vasculaires multiples (angiomatose cérébrale, cutanée, maladie de Lindau, etc.).

A la fin de leur mémoire les auteurs envisagent la pathogénie des télangiectasies, le plus souvent congénitales, quelquefois acquises et notamment en rapport avec une inflammation, et celle des angiomes qui seraient parfois greffés sur une télangiectasie inflammatoire.

P. Moulonguet.

Bezançon, Roussy, Oberling et **Delarue.** ***Les formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire. Essai de classification*** (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. X, n° 2, Février 1933). — Rappelant l'historique de ces études anatomiques de la tuberculose pulmonaire, B., R., O. et D. montrent que nous n'avons pas encore de classification satisfaisante. Laissant volontairement de côté les facteurs cliniques et les théories pathogéniques et humorales dont certains classements sont inspirés, ils ont la prétention de faire œuvre didactique et claire. Ils y voient un intérêt actuel d'autant plus net que la radiographie pulmonaire avec ses perfectionnements incessants permet une véritable anatomie pathologique du vivant et pourrait utiliser pour ses interprétations le classement anatomique.

Il faut, à propos des aspects histologiques de la tuberculose pulmonaire, préciser que les trois types: exsudatif (ou d'alvéolite), folliculaire et fibreux ne peuvent servir de base de classement parce que ces lésions élémentaires se succèdent dans le temps (Huebschmann). De même, à propos de la topographie lésionnelle, il arrive qu'une atteinte lobaire régresse jusqu'à devenir lobulaire ou, inversement, qu'une atteinte acineuse multiple réalise, par confluence, un foyer lobulaire. La connaissance de cette évolution des lésions, de leur dynamisme, doit être présente à l'esprit au sujet de la classification proposée.

Les auteurs distinguent des formes simples et des formes complexes.

Les formes simples sont : 1° les formes lobaires, exsudatives non caséeuses (curables), caséeuses, et folliculaires régressives ou sclérenses (forme de réparation et de guérison de la pneumonie caséeuse); 2° les formes lobulaires disséminées (phtisie galopante), et localisées (notamment le chancre d'inoculation); 3° les formes acineuses, disséminées et localisées; 4° les formes infundibulaires, ou granulies à marche aiguë ou lente (granulies froides); 5° les formes interstitielles, altérations sans caractère spécifique, entraînant secondairement l'emphysème, la sclérose, etc...

Les formes complexes sont impossibles à schématiser toutes, malgré que les auteurs en donnent quelques descriptions. Elles correspondent aux évolutions cliniques longues, faites d'épisodes différents et ce sont malheureusement les cas les plus fréquents. Mais si elles échappent à une description d'ensemble, il est possible d'y retrouver, coexistant sur un même poumon, les aspects ci-dessus énumérés.

P. Moulonguet.

L'ENCÉPHALE

(Paris)

G. Dumas. ***L'expression de la peur*** (*Encéphale*, t. XXVIII, n° 1, Janvier 1933). — L'auteur décrit les expressions faciales de la peur, telles qu'elles s'observent chez les sujets normaux dans les catastrophes, ou chez les mélancoliques délirants, les confus hallucinés. L'émotion de peur est passive ou active.

La peur passive se traduit par une inhibition générale de la motricité de la face: hypotonie diffuse, élargissement des fentes palpébrales. Des expressions voisines se rencontrent chez les pseudobulbaires.

La peur active s'exprime sous deux aspects, correspondant à la *peur anxieuse* des événements à venir, et à la *peur actuelle* d'un spectacle présent. Le visage de l'anxieux est hypotonique; seule la contraction sourcilière y trahit une préoccupation intense. Au contraire, la peur actuelle s'exprime par une contraction énergique des muscles frontaux et peauciers, tirant en sens inverses les sourcils et les commissures labiales.

Des clichés saisissants illustrent ces descriptions.

G. d'Heucqueville.

REVUE DE STOMATOLOGIE

(Paris)

Raimbault. ***Les accidents buccaux de l'aurothérapie*** (*Revue de Stomatologie*, 35e année, n° 3, Mars 1933). — R., ayant suivi un assez grand nombre de malades tuberculeux et rhumatisants soignés par les sels d'or, a remarqué la fréquence des accidents buccaux (35 à 40 pour 100). La sensation de goût métallique et la perte du goût n'ont pas d'intérêt.

La *stomatite aurique* peut être *érythémateuse*, débutant par la région sublinguale, s'accompagnant de sensation de brûlure. Un degré de plus, elle devient *exfoliatrice*, *ulcéreuse*. Elle ne s'accompagne pas d'adénopathie. Elle a tendance à intéresser toute la muqueuse buccale. Elle est extrêmement douloureuse. Elle dure de une à quatre semaines, malgré l'interruption du traitement. Très souvent, elle engendre des *exsudats blanchâtres* ou des *lésions bucco-kératosiques*.

Le purpura buccal, le noma, l'angine agranulocytaire ont été signalés.

Tous ces incidents évoluent soit isolément, soit concomitamment avec les accidents cutanés ou gastro-intestinaux. Ils ne sont pas en rapport avec la dose de médicament administrée, aucune préparation ne met à l'abri le patient. Ce sont avant tout des accidents d'intolérance et cette susceptibilité n'est appréciable par aucun procédé. Les accidents toxiques sont plus rares. L'or s'élimine surtout par les reins et la voie intestinale. L'élimination par la salive est faible mais prolongée, ce qui explique les stomatites tardives. Il importe d'arrêter immédiatement le traitement aurique aux premières manifestations buccales. La thérapeutique de la stomatite aurique est palliative et décevante.

C. Ruppe.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Robert Boveri. ***La présence d'anticorps hétérophiles dans l'angine à cellules lymphoïdes*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 17, 29 Avril 1933). — B. rappelle d'abord que l'angine à cellules lymphoïdes est caractérisée par des phénomènes pathologiques au niveau de la gorge (membranes diphtéroïdes, processus ulcéreux) et par une tuméfaction générale des ganglions lymphatiques du foie et de la rate. La formule sanguine est en général caractéristique.

De plus, certains auteurs ont montré que, dans cette affection, il existe une agglutinabilité du sérum à l'égard des globules rouges du mouton Il s'agirait d'anticorps hétérophiles dont l'origine est due à des antigènes de Forssmann. Des émulsions cellulaires d'organes provoquent parfois l'apparition d'anticorps spécifiques et aussi non spécifiques sous forme d'hémolysine ou d'agglutinine. Ces anticorps hétérophiles n'apparaissent que sous l'influence d'un complexe lipoïdes-protéines. Ces antigènes appartiennent au « groupe du cobaye ». Dans le « groupe du lapin » qui ne fournit pas d'antigènes de Forssmann, figurent l'homme, le bœuf, le rat, etc.

B. a procédé à des recherches sur ces anticorps suivant une méthode dont il donne le détail dans 32 cas dont 10 d'angine lacunaire simple, 10 d'angine à cellules lymphoïdes, 2 de diphtérie et 10 d'affections diverses (leucémie, granulocytose, parotidite, lymphadénose aleucémique, polyarthrite, hépatite, fièvre typhoïde, etc.).

Dans le groupe des angines à cellules lymphoïdes, la valeur d'agglutination est considérable puisqu'elle se manifeste encore pour une dilution de 1/16.384. Il n'a pas été constaté de relations entre l'importance de la lymphomonocytose, de l'agglutination du sérum ou avec la sévérité des symptômes.

Dans tous les cas, ces angines se différencient nettement des angines lacunaires et des autres maladies infectieuses. Ces constatations ont, en même temps qu'une importance théorique, une signification pratique au point de vue du diagnostic.

P.-E. Morhardt.

Hermann Schlesinger et **E. Gold.** ***Ostéite fibreuse kystique généralisée de Recklinghausen avec tumeur parathyroïdienne intrathyroïdienne*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 20, 20 Mai 1933). — Le diagnostic de la maladie de Recklinghausen peut être fait actuellement avec un certain degré de certitude quand il existe un processus d'ostéoporose progressive avec formation de kystes, déformations du squelette, fractures spontanées, élévation du calcium du sang, abaissement du phosphore du sang, augmentation du calcium de l'urine, etc. En pareil cas, l'existence d'une tumeur parathyroïdienne est très vraisemblable. Il ne faut cependant pas oublier que certaines tumeurs des os (myélomes multiples, sarcomes de Ewing, tumeurs métastatiques) peuvent donner lieu à des phénomènes cliniques semblables mais sont difficiles à distinguer aux rayons Rœntgen.

Dans un nouveau cas observé par S. et G., il s'agit d'une femme de 42 ans, multipare, bien portante jusqu'en 1930. Au 6e mois d'une 9e grossesse, elle a ressenti des douleurs sacrées très vives qui se sont compliquées, après l'accouchement, de difficultés de la marche. On constate une augmentation de volume de la thyroïde surtout à gauche. L'examen aux rayons Rœntgen montre une diminution du calcium, la présence de plages claires cystiques notamment à l'extrémité supérieure du fémur. Un examen chimique du sérum donne 15,8 milligr. de calcium, 2 milligr. de phosphore pour 100 gr. Dans l'urine, on trouve par jour, plus de 1.000 milligr. de calcium au lieu de 200, chiffre normal. Une intervention permet d'enlever le lobe gauche de la thyroïde et une tumeur apparemment parathyroïdienne du lobe droit. L'examen des pièces ne semble pas confirmer qu'il s'agit de parathyroïdes. Néanmoins, au bout de quelques jours, il apparaît les symptômes observés après ablation de tumeurs parathyroïdiennes (somnolence, oligurie, tétanie latente, chute du calcium du sérum, et de l'urine, etc.).

Il y a à noter, dans ce cas, qu'il a débuté pendant la gestation, comme une ostéomalacie puerpérale. En outre, après guérison, la patiente était devenue plus petite sans déformations sévères, par une sorte de tassement général. Cette absence de déformations peut d'ailleurs conduire à des erreurs de diagnostic. La tension des adducteurs après abduction des jambes était unilatérale tandis que dans l'ostéomalacie elle est régulièrement bilatérale. Un signe particulier présenté par cette malade, c'est que la calotte cranienne donnait, à la percussion, un son tympanique net qui a persisté plusieurs mois. Ce son est très différent du bruit de pot fêlé décrit dans la maladie de Paget et dans les tumeurs craniennes multiples.

Enfin, après l'intervention, l'élimination de calcium a cessé si complètement qu'on ne retrouve plus de chaux dans l'urine, phénomène qui semble n'avoir pas été observé jusqu'ici. A propos des constatations anatomiques, il y a lieu de remarquer que la tumeur parathyroïdienne se trouvait entièrement à l'intérieur du lobe gauche de la thyroïde.

P.-E. Morhardt.

B. A. Houssay. ***Action diabétogène des extraits du lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 20, 20 Mai 1933). — Chez la tortue hypophysectomiée, l'extrait alcalin de lobe antérieur de l'hypophyse supprime les effets hypoglycémiants et toxiques de l'insuline et prévient la mort qui se produit, en général, trois à six semaines après l'intervention. Chez les mammifères et notamment chez le chien, on constate que les mêmes effets surviennent mais un peu plus tardivement. A la dose de 1,5 gr. de glande fraîche par kilogr. et par jour, on observe, au bout de trois à cinq jours, de l'hyperglycémie, de la glycosurie, de la cétonurie, etc. Ces symptômes sont précisément l'inverse de ceux que provoque l'hypophysectomie. Ils sont pour la plupart dus directement à l'action du lobe antérieur sauf l'augmentation du métabolisme de base et celle de l'iode du sang qui relèvent d'une stimulation indirecte de la thyroïde.

Chez les rats, les effets sont moins nets que chez le chien. Chez ce dernier animal, ils sont cumulatifs : la glycémie augmente en moyenne de 0,177 pour 100 par jour chez les chiens nourris avec 300 gr. de viande par jour. Chez les animaux qui jeûnent, l'extrait est sans effet.

On constate, au cours de ces expériences, des relations étroites entre la glycosurie et la cétonurie. La résistance à l'insuline augmente beaucoup sous l'influence de ce traitement. L'hyperglycémie et la glycosurie sont plus marquées quand les animaux ont été partiellement pancréatectomiés. D'autre part, chez des animaux totalement ou partiellement pancréatectomiés, l'ablation de l'hypophyse fait disparaître le diabète ou l'améliore. Le diabète pancréatique ou phlorrhizique chez les animaux diabétiques dont l'hypophyse a été enlevée, est moindre que chez les animaux normaux. Avec l'extrait de lobe antérieur, on augmente fortement le diabète des animaux privés d'hypophyse.

Toutes ces recherches montrent que l'hypophyse régularise le métabolisme des hydrates de carbone. Le fait est mis en évidence par l'existence de glycosurie et de diabète dans l'acromégalie. D'ailleurs, en cas d'adénome acidophile, la glycosurie est constante, tandis qu'elle est rare en cas d'adénome chromophobe.

P.-E. Morhardt.

J. J. R. Macleod et **Sz. Donhoffer.** ***La régulation nerveuse de la glycémie. Hyperglycémie par décérébration*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 20, 20 Mai 1933). — En dehors de l'administration de sucre, on peut reconnaître à l'hyperglycémie trois causes : 1° une diminution de la sécrétion d'insuline; 2° une augmentation de la sécrétion d'adrénaline; 3° une irritation et une destruction de certaines régions du système nerveux.

La narcose continue par des dérivés de l'acide barbiturique prévient l'hyperglycémie déterminée par la piqûre du plancher du 4e ventricule chez des lapins jeûnant depuis douze ou quatorze heures. La décérébration pratiquée sous narcose intraveineuse par l'amytal ou sous anesthésie locale après une période de jeûne analogue, provoque une hyperglycémie importante quand elle passe par la protubérance, mais pas quand elle passe par d'autres régions. Cette hyperglycémie n'est pas nécessairement associée à une diminution du glycogène du foie. Elle est, en revanche, pratiquement toujours combinée à une diminution du glycogène des muscles. En outre, l'acide lactique du sang est augmenté sans que le glycogène des muscles intervienne dans ce phénomène.

Quand le foie est très riche en glycogène (plus de 5 pour 100), la décérébration par la protubérance provoque de l'hyperglycémie, même s'il y a eu vagotonie, administration d'atropine ou d'ergotamine. On est donc ainsi amené à admettre qu'il existe deux espèces distinctes de glycogène du foie. L'une de ces espèces est mise en réserve et facilement mobilisée par une irritation sur laquelle l'atropine reste sans action. L'autre représente un produit secondaire dans la genèse du glucose à partir des protéines et des graisses. Sa désintégration exige des conditions différentes.

L'amytal et le luminal ont une action inhibante sur l'hyperglycémie par décérébration. Ce fait doit être rapproché de ce que l'amytal à doses narcotiques ne modifie pas la glycémie.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

C. Schilling. ***Les applications de la kymographie au diagnostic des affections du cœur*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLVII, n° 3, Mars 1933). — S. expose très brièvement ce qu'est la kymographie, c'est-à-dire une représentation du mouvement, et considère qu'il s'agit là d'une méthode d'examen supérieure à la radioscopie et à la téléradiographie, qui ont été utilisées jusqu'à ce jour, en ce qu'elle permet la reproduction des mouvements cardiaques et l'analyse des différentes parties du cœur. Elle substitue à l'examen subjectif à l'écran des images objec-

tives que l'on peut utiliser pour rendre cinématographiquement l'image du cœur.

L'analyse minutieuse des images du déplacement, et de leur amplitude, conduit dans le cas d'affection cardiaque à des données très importantes en ce qui concerne le diagnostic et permet de tenir compte des modifications mécaniques et dynamiques du cœur et des vaisseaux qui, jusqu'à ce jour, restaient inconnues et incontrôlables.

S. pour exposer les résultats de cette méthode rapporte 10 observations différentes, relatives à des affections très diverses (tachycardie, rétrécissement mitral, rétrécissement de la tricuspide, myocardite, infarctus coronaire, anévrysme de l'aorte, lymphogranulomatose,...) ; il les étudie radiologiquement et cinématographiquement par comparaison avec la kymographie et discute le diagnostic différentiel ; il rapporte enfin les résultats opératoires ou nécropsiques.

L'A. en terminant considère que la kymographie, et les détails qu'elle permet d'étudier, ne doit pas être considérée comme se substituant à la cinématographie; elle a surtout pour résultat de permettre, en pratique, « l'étude des différentes phases isolées au moyen d'un champ d'examen unique » plus intéressante que l'étude subjective des mouvements que réalise la radiocinématographie.

Morel Kahn.

R. Kienböck. ***Les arthropathies tabétiques*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLVII, n° 4, Avril 1933 et n° 5, Mai 1933). — C'est en 1868 que Charcot a isolé au point de vue nosologique les arthropathies tabétiques souvent désignées sous le nom de « Maladie des articulations de Charcot » surtout en Angleterre. K. passe rapidement en revue les principaux caractères pathogéniques, cliniques et anatomo-pathologiques et radiologiques de ces lésions que caractérisent quatre points particuliers: leur développement rapide, la rapidité de déformations considérables, leur indolence presque constante, le peu de troubles fonctionnels qui en résultent.

Une très importante partie de ce travail est consacrée à l'étude de 29 observations que K. a groupées en quatre catégories suivant que les lésions intéressent la hanche, le genou, le pied, le rachis.

K. rappelle qu'au cours du tabes on peut également observer, en dehors des arthropathies tabétiques et de leur tableau particulier :

1° *L'ostéoarthrose déformante* et 2° *l'ostéomatose articulaire* qui présentent des caractères spéciaux et qui lui paraissent indépendantes de l'affection médullaire.

Les arthropathies tabétiques sont conditionnées par des altérations des tissus et des troubles de l'innervation, et provoquent des lésions articulaires variées, des lésions des parties molles, des fractures, souvent dès leur période initiale; il ne faut pas négliger, dans l'apparition des symptômes, le rôle des manifestations ataxiques.

L'affection peut se manifester sous deux aspects principaux: 1° hypertrophique, 2° atrophique, ou ostéolyse, qui sont caractérisés par des lésions partielles ou généralisées des épiphyses.

En dehors des arthropathies on peut observer des ostéopathies, pouvant s'accompagner de fissures, de fractures, de lésions variées. Les caractères radiologiques des arthropathies sont tellement particuliers qu'ils rendent le diagnostic évident et permettent même parfois de faire le diagnostic précoce du tabes, ce qui, au point de vue du traitement éventuel, présente un intérêt capital.

Morel Kahn.

R. Pape. ***Voiles pulmonaires au cours du purpura*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLVII, n° 5, Mai 1933). — Il existe de nombreuses affections qui, au point de vue radiologique, provoquent l'apparition, au niveau des champs pulmonaires, de petites ombres disséminées dont le diagnostic est particulièrement difficile, sinon impossible.

A ces différentes affections P. ajoute le purpura au cours duquel on peut observer des images semblables.

La première observation se rapporte à un cas de purpura aigu consécutif à une intoxication par la quinine au cours de la grossesse, accompagné de multiples petites hémorragies pulmonaires qui, à l'examen radiologique, donnaient des images de petites taches ou de petites bandes opaques, tout à fait semblables à celles que l'on peut observer au cours de la tuberculose miliaire et dont seule l'évolution permet le diagnostic.

Parmi les affections qui peuvent simuler cet aspect il convient de distinguer trois catégories: 1° un premier groupe est constitué par « l'*aspect moucheté* » proprement dit qui comprend avant tout la tuberculose miliaire et les néoplasies hématogènes, et, en outre, les bronchites oblitérantes, les petits abcès multiples, la périartérite noduleuse, des altérations osseuses tubéreuses.

2° Dans un second groupe on peut définir « l'*aspect marbré* », caractérisé par l'aspect en mailles de filet épaissies du champ pulmonaire où l'on peut situer: la tuberculose miliaire au début, les lymphangites néoplasiques, certaines bronchiectasies disséminées, dont le diagnostic est surtout basé sur l'opacité et les dimensions des mailles du filet.

3° Un troisième groupe répond à l'*association des deux aspects précédents:* c'est le cas le plus fréquent lors de l'existence des voiles pulmonaires; c'est à ce groupe qu'appartiennent le cas de purpura et un cas de bronchite purulente chronique rapportés par P., ce dernier cas ayant été d'abord considéré comme un cas de tuberculose miliaire.

Quand il s'agit d'établir un diagnostic différentiel il ne faut pas oublier que l'absence de taches opaques, ou leur rareté, ne peut faire éliminer le diagnostic de lésions anatomo-pathologiques en foyers. C'est qu'en effet celles-ci, surtout au début, peuvent être très minimes et qu'il peut, en outre, exister des modifications de la structure pulmonaire dues à des complications comme la stase pulmonaire ou l'emphysème dont le tableau peut se surajouter à celui des lésions décrites, comme c'est le cas dans une des observations de P.

Morel Kahn.

Gottlieb V. Conta. ***Périartérite nodulaire des vaisseaux pulmonaires; aspect radiologique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*. t. XLVII, n° 5, Mai 1933). — G. C. rapporte une observation de cette localisation rare de la périartérite nodulaire puisque dans une statistique portant sur 24 cas (de 1866 à 1905) il n'en est pas rapporté et que dans celle de Gruber, en 1926, il n'en est cité que 4 cas sur un total de 117.

L'observation de C. se rapporte à un adolescent de 16 ans atteint d'insuffisance mitrale et chez lequel la radiographie montra, en dehors d'une diminution générale de transparence des champs pulmonaires avec sommets clairs, de nombreuses taches opaques (des dimensions d'une lentille à celles d'une cerise), à peu près arrondies, plus ou moins rapprochées, quelques-unes même confluentes; la localisation principale de ces taches répond à la région du hile droit mais il en existe aussi dans le reste du champ pulmonaire droit, et à gauche. Lors de l'examen radiologique le diagnostic de lésions tuberculeuses fut éliminé en raison du siège et de la disposition des taches.

L'autopsie permit de relever l'existence de nombreux foyers de périartérite nodulaire autour des vaisseaux pulmonaires.

On procéda à la radiographie des poumons et, en radiographiant successivement des régions différentes dont la situation était connue il fut possible de vérifier que les opacités relevées sur les clichés correspondaient bien aux zones pathologiques.

Les dimensions plus considérables des opacités radiologiques ,étaient dues à la présence d'exsudats périvasculaires qui contribuaient à rendre les zones atteintes et plus opaques et plus étendues

C. admet que dans ce cas il était impossible de penser, à l'examen aux rayons, à une périartérite nodulaire, même d'en soupçonner l'existence, et il ajoute qu'il convient d'ajouter cette affection pour rare qu'elle soit aux affections diverses, multiples, susceptibles de donner des images de petites taches opaques.

Morel Kahn.

Ching Wu. ***Déplacement des viscères au cours de la pneumonie; étude radiologique et expérimentale*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLVII, n° 5, Mai 1933). — Si le déplacement des organes du médiastin et l'ascension du diaphragme constituent des phénomènes bien connus dans l'atélectasie massive et à certaines périodes de la tuberculose pulmonaire, il n'y a pas très longtemps que ces mêmes phénomènes ont pu être observés au cours de la pneumonie.

Le travail de C. W. est basé sur 40 observations cliniques de malades pneumoniques (observés de 1928 à 1931 dans les cliniques universitaires de Chicago) et sur 105 expériences faites sur des chiens. C. W. a eu recours à la stéréoradiographie des sujets assis ou debout et insiste sur les difficultés que présente un tel examen chez les pneumoniques.

Sur les 40 cas consécutifs examinés chez l'homme (pour la plupart des adultes), il a relevé 5 fois un déplacement du cœur et de la trachée du côté malade et 22 fois une surélévation du diaphragme de ce même côté. Dans les 5 cas de déplacement C. W. a constaté une diminution de la mobilité costo-diaphragmatique du côté malade.

Au cours des 105 cas expérimentaux sur les chiens, il a pu observer 42 cas de déplacement des viscères.

Les conclusions de C. W. tirées de ses recherches sont que: 1° L'expansion d'un poumon pneumonique est moindre que celle d'un poumon sain et par suite moins accentuée en inspiration profonde. 2° La diminution de volume du poumon en inspiration profonde tend à provoquer un déplacement des organes viscéraux vers le côté malade. 3° Chez les enfants (comme d'ailleurs chez les animaux ayant servi aux expériences) ce déplacement intéresse surtout les organes médiastinaux; chez l'adulte, au contraire, c'est le diaphragme qui est le plus souvent en cause. 4° La constatation radiologique du déplacement du médiastin ou du diaphragme du côté malade peut jouer un rôle important au point de vue du diagnostic entre pneumonie, pleurésie et certaines autres affections.

Morel Kahn.

PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

M. R. Castex et E. L. Capdehourat. ***Le chronologisme des altérations morbides et de la symptomatologie chez les cardiaques noirs de Ayerza*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XIX, n° 17, 20 Novembre 1932). — Etude anatomique et physio-pathologique du syndrome décrit par Ayerza. Les auteurs suivent l'affection dans ses trois périodes successives : *bronchique*, *pulmonaire* et *cardiaque*. La bronchite chronique intermittente fait place à la bronchectasie. Puis des troubles pulmonaires s'installent, conséquences de la perte de l'élasticité: emphysème, diminution de la ventilation, rétention du CO^2 sanguin. Ces troubles

sont combattus par une polyglobulie compensatrice, déclanchée par réaction de la moelle osseuse et des centres diencéphaliques. Enfin, après une longue évolution, se déclarent les accidents cardiaques, rapidement mortels: asystolie par insuffisance du cœur droit, asphyxie.

La sclérose de l'artère pulmonaire n'est pas la lésion essentielle. Elle apparaît d'ordinaire dans le cours de l'évolution, mais n'est pas constante.

Les auteurs rappellent que le syndrome se constitue dans la jeunesse, chez les sujets prédisposés.

G. d'Heucqueville.

J. de Quiros. *Existe-t-il une hypertension artérielle de la ménopause ?* (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 4, 25 Janvier 1933). — De Q. rappelle les différents travaux consacrés à l'hypertension artérielle de la ménopause. Il apporte une statistique personnelle, portant sur 250 observations, classées selon les caractères morphologiques, physiologiques, et même pathologiques des sujets.

De cette enquête ressort qu'il n'existe pas d'hypertension autonome conditionnée par la seule ménopause. La tension artérielle est normale dans l'immense majorité des cas, comprise entre 13-7 et 15-9. On observe cependant à la ménopause une instabilité tensionnelle fréquente, mais non constante.

Les hypertensions rencontrées sont en rapport, soit avec des lésions évidentes, cardiaques, fonctionnelles et rénales, soit avec des perturbations fonctionnelles, toxiques ou émotionnelles en particulier.

De Q. n'a pas remarqué de relation nette entre l'hypertension et le fibrome utérin. L'opothérapie ovarienne ou pluri-glandulaire reste sans action.

G. d'Heucqueville.

REVISTA DE CIRUGIA DE BARCELONA

Salvatore Diez. *L'action pathogène de la chaleur en matière d'accidents de travail* (*Revista de Cirugia de Barcelona*, t. II, n° 24, Décembre 1932). — D. estime que l'insolation, le coup de chaleur dans le travail au soleil ou auprès des foyers, résulte d'un risque spécifique de ce travail et constitue un accident du travail.

L'élévation de la température, l'humidité, la pression atmosphérique basse, diminuent la transpiration. La température maximum que le travailleur peut supporter est de 32° en plein air, et 30° dans une salle close.

A des températures plus élevées, l'asphyxie peut survenir par excès de vapeur d'eau dans l'air alvéolaire, altération de l'hémoglobine, leucopénie. A 44°, le sarcoplasme des muscles se coagule.

Cliniquement, on observe de la fièvre, de la trémulation, des symptômes gastriques (nausées, vomissements), des syndromes cholériformes, ou le syndrome mixte (hyperthermie, dyspnée, céphalées, hypertension du liquide céphalo-rachidien), ou encore la dilatation aiguë du cœur et la forme méningée progressive, décrites par Lian.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

John W. Shirer, Wallace Duncan et Russel L. Haden (Cleveland). ***L'hyperprotéinémie due à la protéine Bence-Jones dans les myélomatoses*** (*Archives of Internal Medicine*, t. L, n° 6, Décembre 1932). — Dans deux cas, on trouva une augmentation importante de la protéine sanguine due à la présence d'une grande quantité de protéine de Bence-Jones. Le calcium sanguin était très élevé dans les deux cas. Dans le premier, il y avait une décalcification intense, visible à la radiographie et qui, d'ailleurs, avait entraîné des fractures spontanées. Chez le deuxième malade, il y avait au contraire des zones caractéristiques de destruction dues à un myélome au niveau des vertèbres, des côtes, d'une épaule et des hanches.

Dans aucun de ces cas, il n'y avait de lésion du rein capable d'expliquer l'hyperprotéinémie qui, d'ailleurs, malgré sa constance dans les myélomes observés à la clinique de Cleveland, n'a pas encore de signification clinique.

Marcel Thalheimer.

THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASES (New-York)

Frank A. Hartman, Gilbert M. Beck et George W. Thorn. *Amélioration des états nerveux et mentaux par l'extrait cortico-surrénal* (*The Journal of Nervous and mental Diseases*, t. LXXVII, Janvier 1933). — Le syndrome clinique et expérimental de l'insuffisance surrénale est bien connu. Les troubles nerveux qui s'y rencontrent, état de dépression, d'inertie, avec parfois réactions convulsives, aboutissant au coma, sont indiscutablement améliorés par l'extrait surrénal.

Dans ce travail, les auteurs rapportent les résultats obtenus en traitant par la cortico-surrénale, trois cas de maladie d'Addison, trois cas d'état de dépression sans substratum organique appréciable, cinq sujets atteints d'affections organiques du névraxe, et deux cas de myasthénie grave.

Hormis les cas de myasthénie où il n'y eut pas d'amélioration appréciable, on observa dans les autres cas un résultat favorable tant sur les manifestations nerveuses que sur l'état mental.

L'état de fatigue s'atténuait et la force motrice augmentait. Chez les sujets atteints d'amyotrophie myélopathique en particulier, la force segmentaire était meilleure, les manifestations myotoniques et les fasciculations diminuaient. Une sensation de bien-être et même d'euphorie remplaçait l'état de dépression. L'irritabilité s'atténuait également, un sommeil normal remplaçait souvent l'insomnie. Les fonctions génitales redevenaient normales chez les sujets impuissants. L'amélioration que l'on put observer chez des malades atteints d'affections aussi diverses portait sensiblement chez tous sur les mêmes symptômes. Ce qui confirme l'impression que l'opothérapie n'a eu une action que sur les troubles fonctionnels, et non sur les lésions organiques, d'autant que cette action était transitoire et ne valait que pendant la durée du traitement. La corticosurrénale donne d'ailleurs des résultats de même ordre, bien qu'à un moindre degré, chez des sujets normaux fatigués ou surmenés.

H. Schaeffer.

AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

Goodrich Schauffler et Clifford Kuhn. *Documents concernant la gonorrhée à l'époque prépubère* (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. XXV, n° 3, Mars 1933). — Pour se développer et pulluler, le gonocoque a besoin d'un « havre » et on sait le rôle que jouent à ce point de vue les glandes de Skene, de Bartholin, de Naboth ainsi que les plicatures des trompes de Fallope. Il n'en est pas de même chez les petites filles où ces glandes sont à peine marquées et ne se développent réellement que vers l'époque de la puberté. On a invoqué « une influence favorable » due à des modifications des propriétés bactériologiques du gonocoque ou à une hypothétique moindre résistance des tissus envahis. En réalité ce sont les caractères mécaniques et évolutifs du vagin qui favorisent la pullulation du gonocoque. Le vagin de la fillette constitue une cavité close du fait de ses tuniques musculaires et élastiques, formant des plis qui constituent des cryptes et des foyers de stagnation. Ses parois sont accolées comme des surfaces « de papier humide », état qui contraste singulièrement avec l'entrebâillement mou de l'adulte, lequel favorise l'introduction des bactéries ou autres agents hostiles au gonocoque. Tous ceux qui ont quelques notions du développement de l'infection chez l'enfant savent que le col vaginal est le siège de plis et de sillons semblables en tous points à ceux du reste de la paroi vaginale; partant le col n'est pas à l'abri de l'invasion morbide, fait signalé par Hess, mais incomplètement ou faussement interprété.

De ces notions découle le traitement « rationnel » des auteurs, déjà exposé dans l'*American Journal of diseases of Children* (Octobre 1927 et Février 1932) et fondé sur les travaux de Gellhorn. Il consiste essentiellement à injecter sous pression suffisante un onguent dont l'excipient est la lanoline anhydre. Celui-ci distend paroi et plicatures vaginales avec lesquelles il garde le contact parfois jusqu'à quarante-huit heures. A cet excipient, on ajoute tel antiseptique que l'on désire. Les auteurs emploient le nitrate d'argent à un pour 100; et sur 2.000 cas ils n'ont observé aucun incident. Ils ont pu vérifier par la radiographie la diffusion de leur pommade.

Henri Vignes.

Isidore Daichman et William Pomerance. *733 césariennes* (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. XXV, n° 4, Avril 1933). — Cette statistique, dont tous les résultats ont été analysés dans de très clairs commentaires, correspond à 29.178 accouchements pratiqués, de 1908 à 1932, au Jewish Hospital de Brooklyn, desquels 733 ont nécessité une césarienne abdominale. On a dit que le nombre des césariennes augmentait; tel n'est pas l'avis des auteurs de ce travail. Ils ont partagé en trois périodes de huit ans de laps de temps total et le pourcentage diminue du premier (3 pour 100) au dernier tiers (2,2 pour 100) (tableaux I et II). Il est malaisé de classifier les indications de l'opération: un symptôme unique peut ne pas la justifier; groupé avec d'autres, il la rend « impérative ». C'est ainsi qu'une présentation du siège, un léger rétrécissement du pelvis, etc., ne suffisent pas à décider d'opérer; alors que réunis entre eux ou à d'autres ils constituent une raison déterminante. Troubles de proportion maternels ou fœtaux; césariennes antérieures; présentations défectueuses; toxémies; dystocies par lésions des parties molles, fibromes, etc.; dystocies par inertie utérine, cervicale ; placenta prævia, affections cardio-vasculaires ; naissances de mort-nés antérieurs, cas divers, prolapsus du cordon, ruptures utérines, maladie de Banti font l'objet d'autant de paragraphes que résume le troisième tableau.

Toute patiente dont la température buccale a dépassé 38° pendant plus de trois jours est rangée dans les cas morbides; et le tableau IV dénombre les infections, phlébites et autres affections causales. Des chiffres du tableau V ressort avec évidence le rapport entre la morbidité et la durée du temps écoulé depuis la rupture des membranes, la longueur du travail, le nombre de touchers.

La mortalité maternelle globale a été de 3,4 pour 100, soit 25 patientes décédées dont les observations sont données résumées ; et le tableau VI en énumère les causes : péritonites, embolies, etc., en même temps que les symptômes qui avaient dicté l'intervention.

La mortalité fœtale est consignée dans le tableau VII; elle a atteint 6,5 pour 100, mais se ré

duit à 3,7 pour 100 si l'on exclut les prématurés et les monstres. Tout comme pour la léthalité maternelle, chacune des causes a été brièvement exposée.

Enfin les auteurs comparent la césarienne classique et la césarienne basse.

Les césariennes basses ont fourni les meilleurs résultats : mortalité maternelle : 1,9 pour 100; fœtale, après correction, même chiffre ; la moyenne des jours de température élevée est de 3.5.

Henri Vignes.

JOURNAL OF ALLERGY
(Saint-Louis)

W. W. Duke. ***Rapport existant entre la sensibilisation à la chaleur et à l'effort et la sensibilisation au froid et les troubles fonctionnels cardiaques, y compris l'angine de poitrine, la tachycardie et l'extrasystolie ventriculaire*** (*Journal of Allergy*, t. IV, Novembre 1932). — C'est dans les *Archives of Internal Medicine* n° 45, p. 206 ; 1930) que Duke a créé le terme de sensibilisation à la chaleur et à l'effort et celui de sensibilisation au froid. Dans l'article que nous analysons ici, il attribue certains désordres fonctionnels cardiaques à une sensibilisation à la chaleur ou à l'effort ou à une sensibilisation au froid. Il rapporte un cas d'angine de poitrine typique causée par la chaleur ou l'effort et soulagé par le froid. Il était possible objectivement de déclencher les attaques en faisant faire au malade un effort aussi faible que celui de monter sur la table d'examen ou en lui faisant faire trois ou quatre pas rapides. On pouvait déclencher le même genre d'attaques en l'exposant pendant quelques secondes aux rayons d'une forte lampe à vapeurs de mercure. Il était possible de faire cesser immédiatement l'angor en frictionnant rapidement les bras, la poitrine ou les pieds ou une autre partie du corps avec un tampon glacé, et on pouvait les déclencher à volonté soit par la chaleur, soit par l'effort. Les attaques angineuses se produisaient, en temps normal, six ou huit fois par jour et mettaient la malade (dont l'examen général était normal) dans l'incapacité de faire quoi que ce fût.

Il relate également deux cas de tachycardie (non paroxystique), tous deux d'intensité égale, que l'on pouvait déclencher chez des individus alités, jeunes, paraissant bien portants, en leur faisant lever les bras deux ou trois fois ou en mettant pendant plusieurs secondes la peau de leurs bras au contact de la chaleur d'une lampe de bureau. On arrêtait immédiatement les attaques en appliquant des linges froids sur le bras opposé ou sur une autre partie du corps ou en les faisant rester étendus sans bouger pendant un certain nombre de minutes. Les variations du pouls ainsi produites allaient de 80 à 150 en moyenne. Physiquement, les malades étaient normaux, autant qu'on pouvait s'en assurer par un examen objectif et au moyen de tests.

Il cite également un cas d'extrasystolie ventriculaire qui se produisait toutes les trois pulsations. On s'aperçut que le malade était sensibilisé au froid. Lorsqu'on le soumettait pendant trente secondes à la chaleur d'une lampe ou qu'on lui faisait faire un petit effort, l'arythmie disparaissait au bout de quelques secondes. Lorsqu'on refroidissait les bras, la poitrine ou le dos l'arythmie réapparaissait. Les modifications sont visibles sur des électrocardiogrammes. Les extrasystoles ne donnaient pas lieu à une modification du rythme du pouls.

Duke conclut qu'en l'absence de troubles organiques cardiaques on peut voir certains troubles fonctionnels, tels que des extrasystoles, de la tachycardie (non paroxystique) et de l'angine de poitrine typique, résulter d'une sensibilisation à la chaleur et à l'effort ou résulter d'une sensibilisation au froid. Les attaques peuvent être déclenchées à volonté par l'application de l'agent auquel le malade est sensibilisé et soulagées par l'application de l'agent opposé. Ces troubles peuvent être soignés par un traitement à l'aide de l'agent qui cause les attaques. (Voir: Traitement de l'allergie physique. *Journal of Allergy*, n° 3, Mai 1933.)

Il pense que les troubles sont dus à une déficience du mécanisme régulateur de la chaleur, ainsi qu'il l'a décrit dans un article antérieur. (Voir: Sensibilisation à la chaleur et à l'effort et sensibilisation au froid. (*Archives of Internal Medicine*, n° 45, p. 206 ; 1930).

ASCLEPIOS
(Athènes)

Livieratos et **M. Vaglianos.** ***Résultats comparés des vaccins microbiens et de l'antivirus de Besredka dans le traitement de la fièvre typhoïde*** (*Asclépios*, t. IV, n° 5, Mai 1933). — Sur 22 cas traités par les vaccins microbiens, L. et V. ont observé 7 succès et 15 échecs, tandis que sur 28 malades traités par l'antivirus le résultat était bon 18 fois et discutable 10 fois. Ils affirment donc que l'administration par voie veineuse de bouillon vaccin (0,25 à 1 cmc.) donne des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient avec les vaccins microbiens chauffés.

N. Kisthinios.

M. Petzetakis et **H. Karalis.** ***Remarques sur quelques cas de fièvre boutonneuse à réaction de Weil-Félix positive*** (*Asclépios*, t. IV, n° 5, Mai 1933). — P. et K. rapportent 6 cas typiques et un atypique de fièvre boutonneuse, observés récemment dans la ville du Pirée. La réaction de Weil-Félix a été trouvée positive dans tous les cas. Dans aucun cas n'a pas été observée la tache noire de Pierri; les auteurs pensent donc qu'il pourrait y avoir un autre mode de contagion, en dehors du *rhipicephalus sanguineus.*

N. Kisthinios.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

A. Dalla Volta. ***Diagnostic et signification de la myélose mégaloblastique pseudo-aplastique (anémie pernicieuse pseudo-aplastique)*** [*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XII, n° 3, Décembre 1932]. — A propos de 5 cas anatomo-cliniques, D. V. trace le tableau de l'affection; elle se caractérise par une anémie très grave avec note hémolytique, survenant chez des sujets âgés (58-66 ans), sans antécédents de maladies du sang; son début est insidieux, son évolution aiguë (75 jours dans un cas) ou chronique, avec des rémissions qui peuvent être longues; la fièvre n'est prononcée que dans les cas à évolution rapide; l'état de nutrition générale reste bon malgré l'extrême appauvrissement du sang; il y a de l'achylie, une hépato-splénomégalie modérée et parfois une glossite. Au point de vue sanguin, l'anémie est profonde, au-dessous d'un million, avec une valeur globulaire normale ou basse, une poïkilocytose intense et sans signes d'activité médullaire ou seulement et à un faible degré à la phase agonique (légère réticulocytose, très rares érythroblastes basophiles et rares hématies polychromatophiles); il y a une légère leucocytose (jusqu'à 14.000) avec lymphocytose; la thrombopénie est plus ou moins marquée. Malgré cet aspect pseudo-aplastique du sang, le tissu érythroblastique est en état d'activité métaplastique. L'étude du métabolisme pigmentaire permet de reconnaître cette affection pendant la vie; il est en effet toujours augmenté, ce qui traduit une hyperhémolyse anormale et durable, qui ne cadre pas avec l'hypothèse d'une anémie hypo ou aplastique à laquelle conduit l'examen du sang.

Le contraste entre l'aspect du sang et l'état de la moelle semble dû à l'incapacité de maturation des formes jeunes de la série rouge; elles ne peuvent pas passer dans la circulation générale et sont rapidement détruites dans les foyers hémopoïétiques. Cette affection ne paraît pas autonome; il s'agit sans doute d'une variété de maladie de Biermer à une phase d'aggravation ou à la phase terminale.

Lucien Rouquès.

E. Laudadio. ***Rate descendue dans le petit bassin et provoquant de la glycosurie; splénectomie et disparition rapide de la glycosurie*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XII, n° 3, Décembre 1932). — Chez une malade de 32 ans, présentant des accidents de torsion du pédicule d'une rate probablement paludéenne et descendue dans le petit bassin, L. a constaté une glycosurie permanente de 30 gr. par litre, non modifiée par deux jours de diète et sans polyurie, ni signes cliniques de diabète sucré; après splénectomie, la glycosurie a rapidement disparu. Dans un autre cas de splénomégalie pelvienne, L. a également observé de la glycosurie. Il pense qu'en pareil cas la rate, en pesant sur son pédicule, excite le plexus sympathique splénique et que l'excitation, se propageant au système chromaffine par l'intermédiaire du plexus solaire, est la cause de la glycosurie.

Lucien Rouquès.

G. Dell'Acqua. ***Action de la strychnine sur la pression artérielle chez les sujets ayant une pression normale*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XII, n° 3, Décembre 1932). — Ayant étudié l'effet d'injections de strychnine à doses croissantes sur 40 malades à pression artérielle normale, D. a constaté que son action cumulative n'est souvent pas évidente et que la limite de tolérance est plus élevée qu'il n'est classique de l'admettre; dans tous les cas, la dose de 10 milligr. a pu être dépassée et celle de 28 milligr. atteinte dans un cas ; la dose moyenne a été de 17 milligr. ; chez trois diabétiques, D. n'a pu arriver à injecter de très fortes doses et chez deux cirrhotiques et deux malades atteints de néphrite scléreuse les doses élevées n'ont pas été très bien tolérées. Un des premiers signes d'intoxication est l'accélération du pouls (il se ralentit chez l'animal), qui semble en rapport avec l'anxiété; les signes sont d'ailleurs assez variables, comme si la strychnine à grosse dose révélait certaines débilités organiques.

La strychnine n'a pas d'action constante sur la pression, ni sur l'indice oscillométrique; chez un même sujet, la pression peut varier dans les deux sens et sans régularité à toutes les périodes du traitement; aussi ces variations paraissent-elles dépendre de causes fortuites; la maxima est la plus variable, la minima varie peu et la moyenne est presque fixe ; celle-ci n'est pas une constante sphygmomanométrique et la minima reste l'indice le meilleur des résistances que le cœur doit vaincre au début de la systole ventriculaire.

Aux premiers signes d'intoxication, on note souvent une élévation de la pression et surtout de la maxima, mais son importance ne présente pas de rapport avec la dose injectée ni la durée du traitement.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

A. Fontana et **F. Colapinto.** ***La pathologie des capillaires dans l'intoxication chronique par le plomb*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXIII, n° 12, Décembre 1932). — On trouve un état spasmodique et hypertensif des capillaires chez 70 à 80 pour 100 des sujets qui travaillent dans le plomb et qui ne présentent comme signes d'intoxication qu'une légère céphalée et qu'une dyspepsie gastrique avec constipation modérée.

Dans l'intoxication chronique, le plomb agit avant tout sur le système capillaire provoquant un état d'hypertension capillaire qui s'établit longtemps avant l'hypertension artérielle. La résistance capillaire et la pression endocapillaire sont toujours augmentées en raison du trouble fonctionnel (spasme) et de l'altération anatomique (fibro-sclérose). Les modifications capillaroscopiques ne sont ni uniformes, ni constantes; elles se combinent suivant les cas avec celles de l'hypertension, de l'artériosclérose ou de la cardio-néphrosclérose, même avant que le dysfonctionnement rénal, cardiaque ou vasculaire soit évident. Lorsque la décompensation cardio-rénale s'aggrave, des altérations capillaires plus marquées s'établissent; on peut les rendre plus manifestes par les épreuves pharmacodynamiques qui montrent leur degré et leur type prédominant, rigide ou dynamique.

Dans le saturnisme, les variations quantitatives de l'urée et de la cholestérine ne paraissent pas avoir d'influence stimulante ou inhibitrice sur le système capillaire, mais le potassium et le calcium du sang sont constamment et notablement augmentés, surtout le premier.

L'examen du système capillaire devrait être fait à titre prophylactique chez ceux qui travaillent dans le plomb, car ce système paraît particulièrement sensible à l'intoxication.

Lucien Rouquès.

A. Cionini. ***Recherches sur l'influence de quelques altérations hémato-chimiques sur la pression osmotique du sérum*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXIII, n° 12, Décembre 1932). — C. a déterminé chez 32 sujets atteints d'affections variées la pression osmotique du sérum, d'une part avec l'oncomètre de Schade et Kylin et, d'autre part, en dosant la sérine et la globuline et en appliquant les coefficients de Govaerts. Le parallélisme qui existe normalement entre les chiffres trouvés avec ces deux techniques se retrouve à l'état pathologique, lorsqu'il y a de profondes modifications des albumines sériques (hypoprotéinémie, inversion du quotient albumineux). L'hyperglycémie, l'hyperazotémie, la baisse de la réserve alcaline n'ont pas d'action sur la pression osmotique calculée d'après le dosage des protéines; l'hypercholestérinémie peut diminuer notablement la pression, mais la diminution est inconstante et sans proportion avec l'intensité de l'hypercholestérinémie. La cholémie peut augmenter la pression osmotique, mais seulement, semble-t-il, lorsqu'elle est persistante.

Lucien Rouquès.

O. Da-Rin et **A. Bisio.** ***La formule sanguine dans l'ulcère duodénal ou gastrique*** (*La Clinica medica Italiana*, t. LXIV, n° 1, Janvier 1933). — D. et B. ont étudié la formule sanguine dans 20 cas d'ulcère duodénal et 8 cas d'ulcère gastrique; la polyglobulie, contrairement à ce qui a été soutenu, n'est pas spéciale à l'ulcère duodénal et s'observe aussi dans l'ulcère gastrique; mais dans les deux cas la polyglobulie ne représente qu'un état constitutionnel; on ne trouve aucun signe de jeunesse cellulaire dans la série rouge (pas de réticulocytose, de polychromatophilie, de basophilie ou de microcytose). L'indice réfractométrique est normal. La vitesse de sédimentation des hématies est normale ou diminuée dans l'ulcère duodénal, augmentée dans l'ulcère gastrique. La leucocytose s'observe chez 90 pour 100 des malades porteurs d'ulcère gastrique ou duodénal et dans 75 pour 100 des cas on note une neutropénie avec lymphocytose, monocytose et éosinophilie.

Lucien Rouquès.

C. Cassano. ***Les graisses du sang et des tissus dans le coma diabétique*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXIV, n° 1, Janvier 1933). — Dans 2 cas de coma diabétique étudiés par C., la lipémie était une fois très élevée et l'autre ne dépassait que peu la normale; la répartition des diverses fractions lipoïdiques était sensiblement la même dans les deux cas et les modifications étaient analogues à celles des diabètes graves, mais en plus intenses; les acides gras libres et combinés (éthers de cholestérine) étaient nettement augmentés et les graisses neutres sensiblement réduites; l'acidolyse était insuffisante et l'éthérification défectueuse.

Dans l'acidose, au cours du diabète, le métabolisme des graisses est très accru, il se ralentit lorsque le coma s'installe. La fonction d'éthérification compensatrice qui, dans le diabète et les affections hépatiques, est un bon correctif de l'insuffisante destruction des acides apparaît diminuée au cours du coma par rapport à ce qu'elle est dans le diabète simple et dans les maladies du foie; l'éthérification se fait cependant encore activement au niveau du foie, en pleine période de coma, ce qui confirme que cette fonction appartient avant tout au foie; les dosages des acides gras libres et combinés faits dans un cas de C. au niveau des muscles, du rein et du foie montrent que c'est au niveau du foie que l'acidolyse et l'éthérification des acides libres s'exécutent le moins mal au cours du coma. L'insuline n'a pas d'action appréciable sur le taux des lipides à cette période.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

B. Schiassi. ***La valeur actuelle de l'opération de Talma*** (*La Riforma Medica*, t. XLVIII, n° 46, 12 Novembre 1932). — L'opération de Talma est actuellement tombée dans un discrédit qui s'explique par sa mortalité et par ses insuccès. Certains malades meurent d'une péritonite généralisée, l'intervention déterminant une recrudescence de la péritonite péri-hépatique plus ou moins vive qui existe chez les cirrhotiques; d'autres, même opérés sous anesthésie locale, meurent en quelques heures d'adynamie; d'autres enfin meurent d'intoxication, par résorption au niveau de la plaie opératoire de l'exsudat péritonéal qui se reforme avant que la nouvelle circulation soit établie, ou, lorsque cette circulation fonctionne déjà, par passage dans la circulation générale du sang intestinal chargé de produits toxiques sur lequel le foie n'exerce plus son action.

Chez les survivants, le résultat est souvent médiocre, car l'ascite dépend à la fois d'un facteur mécanique, la compression des vaisseaux, et d'un facteur hémocrasique, l'insuffisance hépatique ayant sa répercussion sur le métabolisme des matières protéiques et de l'eau; or l'influence heureuse que peut exercer l'opération de Talma sur la fonction hépatique en améliorant la circulation reste minime. On ne devrait pas faire cette intervention chez tous les cirrhotiques indistinctement, ce qui explique peut-être sa lourde mortalité, mais la réserver aux malades qui n'ont que peu d'insuffisance hépatique. S. conseille de ne l'envisager que dans certaines cirrhoses alcooliques tout au début, les cirrhoses paludéennes, les cirrhoses capsulaires, les cirrhoses méta-splénomégaliques, les endo-périphlébites portales capillaires et certaines sténoses portales d'origine extrinsèque.

Lucien Rouquès.

A. Chierici. ***La nature de l'ictère dans la pneumonie lobaire*** (*La Riforma Medica*, t. XLVIII, n° 51, 17 Décembre 1932). — Dans les premiers jours de la pneumonie, la bilirubinémie augmente constamment, atteignant des valeurs de 1,5 à 5 unités Van den Bergh, puis elle baisse rapidement à 0,4, 0,2 et n'est plus dosable après la crise; la réaction indirecte est seule positive. La cholestérinémie suit une marche inverse; relativement basse vers le troisième, quatrième jour, elle est élevée après la crise. L'urobilinurie est constante pendant les premiers jours et cesse à la fin de la maladie. Il n'y a jamais de prurit ou de bradycardie et les selles sont souvent hypercolorées.

L'ictère de la pneumonie, qu'il soit latent ou manifeste, ne dépend donc pas du passage des éléments de la bile dans le sang ; c'est un ictère dissocié, un ictère hémolytique. L'hémoglobine vient probablement du foyer pneumonique, puisque l'hyperbilirubinémie coïncide avec l'hépatisation et la transformation de l'hémoglobine en bilirubine doit se faire sur place.

Lucien Rouquès.

C. Carli. ***Contribution à l'étude de l'anthrax rénal*** (*La Riforma Medica*, t. XLVIII, n° 51. 17 Décembre 1932). — Une femme de 20 ans ayant eu quatre mois auparavant un furoncle de l'oreille est prise d'une pesanteur douloureuse de la région lombaire droite, puis au bout de cinq jours, d'une fièvre rémittente dépassant 39° le soir. On sent dans le flanc droit une grosse masse irrégulière, de consistance dure ou élastique suivant les points; elle est très douloureuse à la pression, ballotte un peu, ne suit pas les mouvements respiratoires et est sonore; il n'y a pas d'œdème de la paroi. L'examen des urines recueillies en bloc ne montre rien de spécial, mais par le cathétérisme urétéral on constate que l'élimination de l'urée et des chlorures est diminuée à droite et celle de l'indigocarmin retardée; après pyélographie, on note un léger amincissement du calice supérieur droit; l'examen de sang révèle une leucocytose polynucléaire.

On porte le diagnostic de paranéphrite suppurée; la malade n'accepte l'opération qu'au vingt-cinquième jour; pendant ce temps, la fièvre persiste, l'état général s'aggrave, mais la douleur et la tuméfaction diminuent nettement. A l'intervention, la capsule adipeuse est épaissie, lardacée ou fibreuse suivant les points et adhère à sa loge; la capsule fibreuse est également très épaissie et adhère fortement au rein; il n'y a pas de pus. Après une décapsulation difficile, le rein paraît normal sauf à son pôle supérieur qui est rouge et mou; une ponction ramène du pus et une incision au bistouri électrique ouvre une cavité close, grosse comme une noix, remplie de pus à staphylocoques dorés; on draine, la guérison est rapide.

Cette observation d'anthrax rénal est très comparable à celles qui ont été publiées récemment; une biopsie du rein a montré une première zone avec desquamation des tubes, congestion des glomérules et infiltration leucocytaire, une deuxième zone parfaitement normale et entre les deux une réaction conjonctive intense. L'état scléro-fibrolipomateux de la capsule adipeuse n'est pas souvent signalé. C. pense qu'il est la conséquence d'une paranéphrite suppurée ayant régressé secondairement, dont le point de départ a été l'anthrax rénal qu'elle a révélé.

Lucien Rouquès.



DIGITALINE
PETIT-MIALHE
CRISTALLISÉE

G. Ceroni. ***Diabète sucré et parkinsonisme post-encéphalitique*** (*La Riforma Medica*, t. XLIX, n° 5, 4 Février 1933). — C. a observé un cas, qu'il croit le premier connu, d'association de diabète sucré vrai à un syndrome parkinsonien post-encéphalitique. Son malade a eu une encéphalite en 1922, à l'âge de 21 ans; en 1925, il a commencé à présenter de l'hypertonie et est devenu frigide; en 1929, le tremblement a fait son apparition et le malade s'est mis à uriner 4 à 5 litres par jour, puis au bout de quelques mois 2 litres et demi; le sucre n'a pas été recherché à ce moment. En 1931, C. constate que la polyurie persiste au même taux, avec une glycosurie atteignant parfois 100 gr. par litre et des traces d'acétone et d'acide diacétique par intervalle; la glycémie à jeun varie de 2 gr. 50 à 5 gr. 40. Les diverses épreuves pharmacodynamiques ne permettent pas de déceler une prédominance vagale ou sympathique nette; l'adrénaline provoque une très faible augmentation de la glycémie, l'ergotine une légère diminution, la pilocarpine une forte diminution à la dose d'un centigramme (2,68 à 1,68), l'atropine à la dose de 1 ou 2 milligr. une diminution nette (3,51 à 3,15); le lobe postérieur d'hypophyse n'a guère d'action. L'insulinothérapie a des effets variables: presque nuls à certains moments, très nets à d'autres; en particulier, elle a jugulé une crise de coma.

Au point de vue pathogénique, C. pense que le processus d'encéphalite infectieuse a fini par atteindre les centres glyco-régulateurs du IIIe ventricule et que le pancréas est ensuite intervenu.

LUCIEN ROUQUÈS.

P. Livraga. ***Constatation de particules anthracosiques par la ponction exploratrice des abcès du poumon*** (*La Riforma Medica*, t. XLIX, n° 6, 11 Février 1933). — Dans un cas de suppuration pleuro-pulmonaire, L. a pu prouver qu'il s'agissait d'un abcès du poumon et non d'une pleurésie interlobaire, en mettant en évidence dans le pus retiré par ponction des grains anthracosiques; ceux-ci ont été identifiés avec la technique suivante: on ajoute à 5 cmc de pus 5 cmc d'acide perchlorique concentré; on porte le mélange quelques minutes à 70°; on centrifuge fortement, on lave à l'eau bi-distillée et on recentrifuge; le culot est examiné directement et, après incinération, à la lumière polarisée. Dans le cas rapporté, l'abondance des grains était telle qu'elle a fait soupçonner l'origine para-hilaire de la collection, hypothèse vérifiée à l'intervention. Examinant la question récemment discutée de la réalité de l'anthracose pulmonaire, L. pense que celle-ci ne doit pas encore être reléguée, comme on l'a soutenu, au rang des « mythes inutiles et dangereux ».

LUCIEN ROUQUÈS.

IL MORGAGNI
(Naples)

L. Mea. ***Le rapport albumine-globuline du sang considéré comme indice de l'état fonctionnel du foie*** (*Il Morgagni*, t. LXXIV, n° 51, 18 Décembre 1932). — M. a étudié, chez 10 malades atteints d'altérations hépatiques d'étiologie et de degrés variés, le comportement du rapport sérine-globuline du sérum établi avec la méthode de V. Gaudio. Comparant les résultats obtenus avec ceux d'autres tests d'insuffisance des diverses fonctions hépatiques, il conclut que le rapport est inversé dans l'insuffisance hépatique et qu'il y a une hyposérinémie et une hyperglobulinémie d'autant plus accentuées que le trouble hépatique l'est lui-même davantage. Cette méthode d'exploration fonctionnelle paraît à retenir en raison de son exactitude et de sa valeur pronostique.

LUCIEN ROUQUÈS.

S. Saluta. ***Tabagisme et fonctions de l'appareil digestif*** (*Il Morgagni*, t. LXXV, n° 2, 8 Janvier 1933). — La combustion du tabac ne détruit pas la nicotine et la fumée contient d'autres produits dont la nocivité ne doit pas être négligée à côté de celle de la nicotine : nicotéine, nicotelline, nicotamine, divers acides et diverses bases, acide cyanhydrique, oxyde de carbone, ammoniaque, etc., la fumée contient aussi de la pyridine et des dérivés pyridiniques qui exercent une action irritante sur les muqueuses.

Il est difficile de se faire une idée de l'action du tabac sur l'appareil digestif, l'expérimentation et la clinique donnant des résultats discordants. Le pouvoir antiseptique de la fumée paraît illusoire; la nicotine serait susceptible de favoriser le développement du cancer expérimental. La motilité gastrique serait augmentée par une dose moyenne de nicotine et diminuée par une dose forte. L'usage modéré du tabac augmente le péristaltisme intestinal et la diarrhée est une des premières manifestations de l'intoxication. Le tabac a pour certains auteurs une action excito-sécrétrice sur la salive, et pour d'autres auteurs une action inhibitrice. La fumée diminue l'activité protéolytique de la salive et, suivant les doses, ne modifie pas, augmente ou diminue son pouvoir amylolytique. Les sulfocyanures alcalins de la salive, dont la proportion augmente chez les fumeurs, ont une action empêchante manifeste sur les diastases salivaires et gastriques. Expérimentalement, la nicotine produit des lésions hépatiques; elle modifie peut-être le métabolisme des glucides chez l'homme, mais les recherches sont tout à fait insuffisantes; d'ailleurs, toute la question de l'influence du tabac sur les fonctions digestives mériterait d'être reprise avec plus de précision.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA
(Parme)

R. Massione. ***Le sang dans les états urémiques*** (*Giornale di Clinica Medica*, t. XIII, n° 17, 10 Décembre 1932). — M., d'après des dosages faits chez 20 urémiques, estime que l'indicanémie et la phénolémie sont les meilleurs tests d'appréciation de l'insuffisance rénale; l'indican et les phénols du sang augmentent plus précocement que l'urée, la créatinine et l'azote résiduel; leurs taux correspondent mieux que celui de l'urée à l'état général des malades; leur dosage a une valeur pronostique indiscutable.

LUCIEN ROUQUÈS.

ANNALI D'IGIENE
(Rome)

E. Bertarelli. ***Remarques et observations sur le problème de la toxicité de l'alcool méthylique*** (*Annali d'Igiene*, t. XLII, n° 10, Octobre 1932). — On connaît un certain nombre de cas d'empoisonnement par l'alcool méthylique, après ingestion, inhalation ou pénétration cutanée et son emploi dans l'alimentation, la pharmacie et la parfumerie est prohibé. Expérimentalement pourtant, le produit ne paraît pas très toxique; la toxicité est nulle chez le lapin, en applications répétées sur la peau et faible par voie stomacale, ne dépassant pas beaucoup celle de l'alcool éthylique; les résultats sont les mêmes avec l'alcool méthylique naturel et l'alcool synthétique; la toxicité varie d'ailleurs avec les espèces animales, le chien est très peu sensible, le singe l'est un peu plus que le lapin; les constatations expérimentales ne peuvent donc pas être appliquées à l'homme, qui paraît beaucoup plus sensible que tous les animaux, ainsi que le montrent des faits cliniques indiscutables; dans ces conditions, l'interdiction d'employer l'alcool méthylique doit être maintenue.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA
(Turin)

F. Conti. ***La perspiration insensible chez les cardiaques décompensés*** (*Minerva Medica*, XXIIIe année, t. II, n° 49, 8 Décembre 1932). — La perspiration insensible, mesurée avec le perspiromètre de Scaffidi, est diminuée chez les cardiaques décompensés, dont l'insuffisance est de longue durée, porte sur le ventricule droit et s'accompagne de sclérose hépatique par stase chronique; cette diminution dépend vraisemblablement de l'augmentation de l'hydrophilie de la peau et des tissus en général, conséquence des troubles fonctionnels provoqués au niveau du foie par la stase. Dans la pathogénie des œdèmes cardiaques, à côté du facteur mécanique (hypertension veineuse), qui est prédominant mais pour beaucoup d'auteurs insuffisant, existe un facteur secondaire, d'ordre biochimique, qui paraît attribuable aux altérations mécaniques du foie.

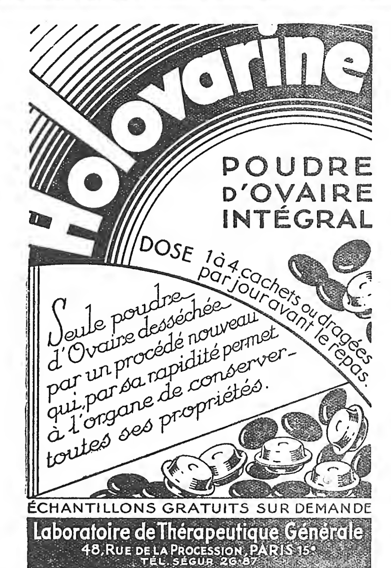
LUCIEN ROUQUÈS.

D. Cantone. ***Méningite lymphocytaire bénigne*** (*Minerva Medica*, XXIIIe année, t. II, n° 49, 8 Décembre 1932). — A propos de deux cas de méningite lymphocytaire bénigne, C. passe en revue les signes de l'affection; cliniquement, elle se rapproche de la méningite tuberculeuse dont cependant des signes importants la distinguent dans la plupart des cas: le début brusque sans prodromes, l'aspect tranquille du malade qui contraste avec l'importance des signes objectifs et la gravité apparente de la maladie, l'absence de délire et d'agitation, de strabisme et de photophobie, la moindre importance des signes d'irritation méningée, la forte lymphocytose contrastant avec l'albuminose modérée, l'absence de modifications ou la faible diminution des chlorures, l'absence de bacilles de Koch, la négativité de l'intradermo-réaction à la tuberculine dans certains cas, l'évolution bénigne. Il s'agit, selon toute probabilité, d'une affection autonome, distincte des réactions méningées au cours d'infections déterminées (poliomyélite, encéphalite, etc.). Au point de vue thérapeutique, la ponction lombaire paraît très efficace.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. S. Roversi. ***La formule leucocytométrique [Contribution à l'étude de l'anisocytose neutrophile]*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 2, 13 Janvier 1933). — Le diamètre des polynucléaires neutrophiles varie à l'état normal entre 7,5 μ et 15 μ et les chiffres indiqués par les auteurs sont trop faibles; à l'état pathologique, le diamètre peut s'abaisser jusqu'à 5 μ et atteindre 20 μ (chiffre maximum observé par R.) ou même 30 μ (Di Guglielmo). Il est rare de rencontrer des polynucléaires de dimensions anormales, mais il est assez fréquent de constater des modifications du pourcentage des divers diamètres restant dans les limites physiologiques; la formule leucocytométrique peut être déviée à droite (prédominance des grands éléments) ou à gauche (prédominance des petits éléments); dans la règle, à la déviation de la formule des polynucléaires s'associe une déviation de même sens de la formule des lymphocytes.

La formule leucocytométrique est modifiée au cours de beaucoup d'états pathologiques; dans les maladies du sang, par exemple, on trouve: de la microanisocytose dans l'ictère hémolytique; de la normocytose avec déviation de la formule à gauche dans la leucémie lymphoïde, la myélose éry-


Holovarine
POUDRE
D'OVAIRE
INTÉGRAL
DOSE 1 à 4 cachets ou dragées par jour avant le repas.
Seule poudre d'Ovaire desséchée par un procédé nouveau qui, par sa rapidité permet à l'organe de conserver toutes ses propriétés.
ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE
Laboratoire de Thérapeutique Générale
48, RUE DE LA PROCESSION, PARIS 15e
TÉL. SÉGUR 26-87

thrémique, le lymphosarcome, la malaria estivo-automnale et l'anémie pernicieuse progressive; de la normocytose avec déviation à droite dans la leucémie myéloïde; de la macro-anisocytose dans l'anémie aplastique.

La formule leucocytométrique varie indépendamment de la formule d'Arneth et de l'hémogramme de Schilling.

Lucien Rouquès.

C. Gamna et **A. Salotti.** ***Forme miliaire régionale discrète de tuberculose pulmonaire*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. 1, nº 4, 27 Janvier 1933). — *Partie clinique* (Gamna). Il existe, à côté des tuberculoses miliaires disséminées dans les deux poumons, des formes où les nodules sont localisés dans un territoire peu étendu, en particulier dans la partie dorsale du champ médian. Tous les cas ont été observés chez des sujets jeunes ou d'âge moyen; la plupart ne présentent qu'une fébricule persistante ou un dépérissement avec asthénie et troubles légers et mal définis au niveau des divers appareils; souvent, rien n'attire l'attention vers l'appareil respiratoire, il n'y a ni toux, ni expectoration; à l'examen, on note soit des signes discrets mais nets de lésions circonscrites extra-apicales, soit des modifications localisées de l'intensité et du timbre du murmure vésiculaire, et la radiographie montre les nodules dans la partie correspondante du poumon; chez d'autres sujets, il n'y a que des signes radiologiques. En général, l'évolution est favorable, mais la possibilité du passage à une forme chronique progressive ne peut pas être exclue avec certitude.

Localisation à part, les caractères de cette forme sont les mêmes que ceux de la tuberculose nodulaire chronique de l'apex; elles peuvent d'ailleurs s'associer et cette association n'implique pas une diffusion des lésions de l'apex vers la base par voie aérienne; il est beaucoup plus vraisemblable qu'elles ont une origine commune hématogène. Ces observations confirment indirectement que l'infiltrat précoce peut être d'origine sanguine; on décrit d'ailleurs sous ce nom des faits qui n'ont ni le même mécanisme, ni la même signification.

Partie radiologique (Salotti). — On peut reconnaître radiologiquement les localisations miliaires régionales à évolution lente aux caractères suivants: tous les nodules d'un même groupe ayant le même âge et la même évolution ont la même opacité et les mêmes contours (nets ou estompés), mais tous les groupes ne sont pas au même stade; les nodules se réunissent en petits groupes, habituellement au voisinage de stries vasculaires accentuées et sans image bronchique; il y a souvent, dans la zone qu'ils occupent, un léger voile traduisant la participation de la plèvre, et parfois de petites ombres irrégulières de sclérose; les nodules se retrouvent sur des clichés pratiqués sous diverses incidences et à des examens successifs; enfin ces nodules évoluent (apparition d'un halo, sclérose, confluence, disparition).

Lucien Rouquès.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Strandberg. ***Au sujet de l'érythème induré*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIII, nº 5, Novembre 1932). — S. a examiné 66 cas d'érythème induré de Bazin au point de vue de ses rapports avec la tuberculose.

Une tuberculose familiale a été notée dans 25 cas (28 pour 100). Dans 91 pour 100 des cas, l'examen radiologique des poumons montra chez les malades des altérations ganglionnaires ou pulmonaires. Dans tous les cas où la réaction de Mantoux a été pratiquée, elle fut fortement positive. Dans la majorité des cas, on nota dans la famille d'autres manifestations scrofuleuses ou tuberculeuses (érythème noueux, tuberculose pulmonaire, ostéite ou arthrite tuberculeuse, pleurésie, lupus érythémateux, péritonite tuberculeuse).

S. a pu noter l'association de l'érythème induré chez ses malades avec des tuberculides papulo-nécrotiques (6 cas), une tuberculose pulmonaire (6 cas), des adénopathies (2 cas), une uvéite tuberculeuse ayant déterminé la cécité (1 cas), un lupus érythémateux (1 cas).

L'érythème induré apparaît ordinairement entre 15 et 64 ans avec une moyenne de 28 ans.

L'érythème induré doit donc être regardé comme une forme bénigne de tuberculose due probablement à l'immunisation de la malade, plutôt qu'à la nature même du virus.

R. Burnier.

Niels Danbolt. ***Culture de bacilles tuberculeux dans les tissus de lupiques traités par la méthode de Gerson-Hermansdorfer-Sauerbruch*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIII, nº 5, Novembre 1932). — D. examina 12 lupiques qui avaient suivi le régime de Gerson, un depuis trois mois, les 11 autres depuis quatre mois.

Ce régime hypochloruré amena en général une amélioration des infiltrats lupiques; on constata une lente résorption du tissu de granulation. A l'examen histologique, on put suivre sur les coupes le processus de réparation, une forte réaction inflammatoire du tissu avec infiltration lymphocytaire, une néoformation de tissu conjonctif et une disparition des cellules épithéliales et des cellules géantes.

Dorffel, constatant la disparition des bacilles tuberculeux dans les tissus de lupiques ayant suivi la cure de Gerson, avait pensé que ce régime exerçait une action directe nuisible sur le bacille tuberculeux dans les tissus.

D. aboutit à des résultats différents; chez ses 12 malades améliorés cliniquement et histologiquement, il put cultiver des bacilles de Koch dans les tissus de cicatrices du lupus.

Le régime de Gerson n'agit donc pas comme une thérapeutique spécifique; les bacilles tuberculeux sont au contraire très résistants et peuvent demeurer longtemps dans les tissus, alors que les infiltrats lupiques sont presque résorbés. C'est ce qui explique la fréquence des récidives *in situ*.

R. Burnier.

Goldstein. ***Maladie de Rendu-Osler-Weber ou maladie de Goldstein*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIII, nº 6, Décembre 1932). — Depuis que Rendu a publié, en 1896, son observation d'épistaxis à répétition avec angiomes cutanés et muqueux, de nombreux travaux ont paru sur la question dans ces vingt-cinq dernières années, dus à Ullmann, Osler, Parkes Weber, Goldstein et d'autres.

Cette maladie a été décrite sous des noms divers: épistaxis héréditaire, épistaxis familiale, hématurie, hémoptysie familiale, télangiectasie hémorragique héréditaire, maladie d'Osler, maladie de Rendu-Osler-Weber, angiomatose hérédo-familiale d'Ullmann-Goldstein, maladie de Goldstein.

Il s'agit d'une maladie familiale et héréditaire des petits vaisseaux sanguins et des capillaires, fréquemment associée avec des hémorragies de la peau et des muqueuses. Les hémorragies peuvent survenir chez un seul ou chez plusieurs membres de la famille; les télangiectasies ou les angiomes s'observent ordinairement chez tous les membres des familles atteintes, avec ou sans épistaxis graves durant l'enfance.

Les télangiectasies et les épistaxis peuvent s'aggraver vers la cinquantaine et en particulier chez la femme à la ménopause; les hémorragies sont d'ailleurs plus marquées au voisinage des règles.

Ces hémorragies peuvent survenir par le pharynx, les bronches ou le poumon. D'autres fois c'est le rein, la vessie, l'intestin, l'estomac, la muqueuse buccale qui sont le siège des hémorragies. On a noté aussi des hémorragies sous-arachnoïdiennes ou méningées dues à des télangiectasies ou des anévrysmes congénitaux minimes.

Le foie et la rate peuvent être augmentés de volume dans les cas anciens.

G. rapporte plusieurs observations familiales personnelles de cette maladie et a recueilli dans la littérature 110 observations familiales authentiques et 650 cas individuels.

Le diagnostic de cette maladie doit être fait avec l'hémophilie, les purpuras essentiels et secondaires, la thrombasthénie familiale et héréditaire (Glanzmann), l'anémie splénique ou maladie de Banti, l'anémie pernicieuse progressive, les hémorragies par maladies du cœur ou des reins, les leucémies, la maladie de Lindau.

Le diagnostic se base sur l'histoire des épistaxis familiales et d'autres hémorragies récidivantes survenant dans les deux sexes et transmises par les deux sexes, et sur l'existence des télangiectasies de la peau et des muqueuses. Le temps de saignement, de rétraction du caillot est habituellement normal; les plaquettes sanguines et le taux du sang en calcium sont également normaux. On note habituellement une anémie secondaire modérée, due aux hémorragies.

Le traitement est surtout un traitement symptomatique destiné à enrayer les hémorragies et l'anémie consécutive. L'irradiation générale par les ultra-violets, les rayons X sur la rate, la neige carbonique et la cautérisation appliquées sur les points qui saignent, l'administration de fer, de calcium, de foie et d'estomac, l'opothérapie parathyroïdienne, ovarienne ont été tour à tour employés. On a eu aussi recours à la transfusion sanguine, mais il faut s'inquiéter des groupes sanguins, en raison des accidents graves qui ont été signalés avec des groupes différents.

R. Burnier.

Ilina et **Maschkilleisson.** ***La maladie de Bowen*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIII, nº 6, Décembre 1932). — I. et M. rapportent 2 observations de cette maladie décrite par Bowen en 1912 et appelée par Darier dyskératose lenticulaire et en disques. 100 cas environ ont été jusqu'ici publiés dans la littérature.

Son aspect est assez polymorphe et on peut facilement la confondre avec un psoriasis, un lupus érythémateux, une syphilis tuberculeuse, une kératose sénile. Il s'agit ordinairement de plaques ou de disques, isolés ou agminés, recouverts de squames ou de croûtes; au-dessous de la croûte, on voit une surface rouge, souvent humide, lisse ou papillaire; parfois ces placards sont recouverts de croûtes impétigineuses ou de proliférations verruqueuses ou papillomateuses qui s'ulcèrent; les bords sont parfois serpigineux. Les muqueuses peuvent être atteintes.

On observe cette lésion surtout entre 45 et 65 ans, mais on l'a vue aussi de 20 à 30 ans.

Le diagnostic doit être fait rapidement, car il s'agit là d'une *dermatose précancéreuse*, qui se transforme plus ou moins rapidement en épithélioma spino-cellulaire, avec parfois des métastases viscérales. Le diagnostic est souvent difficile avec le basaliome superficiel plan ou épithélioma pagétoïde, qui peut d'ailleurs succéder à la maladie de Bowen, avec la maladie de Paget; c'est l'histologie qui résoudra la question.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

MARSEILLE MEDICAL

G. Barbier. ***Contribution à l'étude du traitement chimique des teignes (acétate de thallium, iodure de soufre)*** (*Marseille-Médical*, t. LXX, n° 4, 5 Février 1933). — 15 garçons âgés de 6 à 11 ans, atteints de teigne (6 teignes trichophytiques et 9 microsporiques) ont pris à tour de rôle dans un peu d'eau sucrée, 7 milligr. par kilogr. (et 8 milligr. dans 2 cas) d'acétate de protoxyde de thallium préparé au moment de l'absorption. Cet acétate est le moins toxique de ces corps ; il est préférable d'en préparer extemporanément la solution. Il n'y a eu aucun incident au cours du traitement, l'épilation a commencé entre six et soixante jours, la repousse s'est faite entre vingt et soixante jours.

L'acétate de thallium, pas plus que les rayons X, n'a de pouvoir parasiticide, il se borne à provoquer la chute des cheveux, il faut y adjoindre un traitement accessoire. Dans les 15 cas ci-dessus, l'alcool iodé et la pommade cadique ont été employés comme parasiticides. Comme avec l'acétate de thallium la repousse est rapide, il faut redoubler de précautions afin qu'il n'y ait pas d'infection des cheveux qui repoussent.

Tous les enfants ainsi traités ont guéri, il n'y eut que 2 récidives.

Chez 4 enfants atteints de teignes microsporiques, après décapage des plaques au savon noir, on a appliqué de l'iodure de soufre incorporé à la glycérine après pulvérisation au mortier. L'application de l'iodure de soufre détermine vers la fin du traitement une inflammation du cuir chevelu qui disparaît après sa cessation. L'épilation à la pince, suivie d'applications pendant quelques jours d'iodure de soufre amène beaucoup plus vite la guérison des plaques, mais il faut la renouveler 2 ou 3 fois au cours du traitement.

L'emploi de l'iodure de soufre permet de guérir les récidives après traitement par l'acétate de thallium, récidives constituant la principale objection au traitement des teignes par cette méthode.

Robert Clément.

A. Sauvan et **P. Vigne.** ***Stomatite et vulvite auriques*** (*Marseille-Médical*, t. LXX, n° 4, 5 Février 1933). — Chez une femme de 29 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale, 2 séries d'injections intra-veineuses à doses progressivement croissantes, totalisant 3 gr. de sels d'or, présenta dans la bouche des ulcérations très superficielles, recouvertes d'un enduit diphtéroïde blanchâtre, ovalaires ou arrondies, au niveau du voile, des piliers, des amygdales et des gencives. La langue et la muqueuse jugale sont œdématiées. S'il y a en arrière du niveau des grosses molaires un décollement gingival important, le liseré gingival n'est pas pigmenté. La stomatite est légèrement douloureuse, mais la salivation n'est pas très abondante et l'haleine à peine fétide.

Des ulcérations analogues un peu plus profondes et nettement douloureuses occupent toute la vulve, entraînant l'œdème des grandes lèvres et s'accompagnant d'un écoulement séro-purulent. Aucune autre lésion cutanée ou muqueuse.

La stomatite traitée au novarsénobenzol s'améliore beaucoup en quinze jours, mais les pansements humides bicarbonatés et les injections n'ont pas raison de la vulvite qui finit cependant par céder à un traitement local plus énergique et à un traitement général par l'hyposulfite de soude.

Ces accidents de la chrysothérapie sont maintenant classiques ; il est exceptionnel que l'aspect syphiloïde des lésions fasse penser à des syphilites que l'anamnèse et les réactions sérologiques permettront d'éliminer.

Robert Clément.

H. Brugeas. ***Le tétanos; deux chapitres d'actualité : tétanos post-opératoire, la sérothérapie curative du tétanos (A propos d'une observation)*** [*Marseille Médical*, t. LXX, n° 5, 15 Février 1933]. — Chez un homme de 20 ans, apparut quatre jours après une opération pour hernie inguino-scrotale facilement réductible un tétanos qui se termina par la mort après six jours de maladie.

Il ne fut pas possible d'identifier le facteur responsable de cette infection post-opératoire : les deux facteurs les plus suspects sont la stérilisation et le catgut.

La prophylaxie du tétanos post-opératoire consiste à nettoyer les téguments à la benzine iodée au 1/1.000 et l'iode appliqués sur une peau sèche décapée à l'éther. Le gros catgut sera remplacé par des crins ou des tendons de renne; il vaudra mieux se servir d'un matériel stérilisé à l'autoclave. En multipliant ces précautions on arrivera peut-être à éviter la sérothérapie préventive dont l'emploi n'est tout de même pas si anodin.

Une fois le tétanos déclaré, l'anesthésie générale à l'éther, associée à la sérothérapie intra-rachidienne, paraît la meilleure méthode ; cependant, dans le cas rapporté, cette anesthésie qui améliora beaucoup le malade pendant plusieurs heures et la sérothérapie massive ayant abouti à l'introduction en quatre jours par voie intra-rachidienne et par voie sous-cutanée et intra-musculaire de 1.920 centimètres cubes de sérum n'empêcha pas l'issue fatale. B. pense que l'introduction intra-veineuse du sérum eût peut-être été plus efficace.

Robert Clément.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Strasbourg)

G. Phélizot et **B. Tassovatz** (Strasbourg). ***La transfusion sanguine comme traitement des broncho-pneumonies graves de la première enfance*** (*Revue française de pédiatrie*, t. VIII, n° 6, 1932). — Sur 25 cas de broncho-pneumonies graves que P. et T. ne croyaient pas pouvoir sauver par les moyens thérapeutiques habituels, 4 ont été transfusés *in extremis* sans aucun résultat, 21 cas ont été transfusés à temps. Ils comprennent : 15 formes toxi-infectieuses graves avec 12 guérisons et 3 décès après amélioration passagère ; 3 cas de bronchite capillaire avec 2 guérisons et 1 amélioration de la bronchite capillaire, mais décès quelques jours plus tard par broncho-pneumonie et dyspepsie ; 2 formes blanches avec guérison. Les résultats auraient été encore plus satisfaisants si dans 4 cas P. et T. n'étaient pas intervenus trop tard.

Dans ces observations P. et T. concluent que la transfusion est une thérapeutique remarquable dans les broncho-pneumonies comme dans les infections graves du nourrisson, mais elle exige de l'organisme une énergie suffisante pour pouvoir supporter sans défaillance le choc qu'elle entraîne.

L'exsanguino-transfusion intrasinusale est l'opération de choix indiquée dans la plupart des cas. Les doses de sang retirées varient selon l'état circulatoire. Les doses injectées doivent être importantes et parfois répétées.

Les cas où un pronostic fatal dans les vingt-quatre heures a été posé ne bénéficient de cette thérapeutique que d'une façon exceptionnelle. C'est alors que l'emploi du sang citraté à forte dose, en injection intramusculaire ou sous-cutanée, est indiqué, et peut donner de beaux résultats, mais ils sont rares. Aussi est-il préférable de ne pas tarder à pratiquer la transfusion intraveineuse dès qu'on constate une broncho-pneumonie à forme grave.

G. Schreiber.

R. Dubois, R. A. Ley et **J. Dagnelie** (Bruxelles). ***Contribution anatomo-clinique à l'étude des complications neurologiques et tout particulièrement des convulsions de la coqueluche*** (*Revue française de pédiatrie*, t. IX, n° 1, 1933. — Les convulsions de la coqueluche ne sont pas une complication très rare de cette maladie, mais tandis que les complications nerveuses d'autres maladies contagieuses paraissent être devenues plus fréquentes au cours de ces dernières années, il ne semble pas en être de même, d'après D., L. et D., en ce qui concerne l'encéphalite coquelucheuse.

Avec Knoepfelmacher, ils distinguent parmi les complications nerveuses de la coqueluche : 1° *des paralysies ;* 2° *des troubles psychiques ;* 3° *des accidents aigus à forme convulsive.*

Leur mémoire est basé sur 9 observations personnelles dont 8 suivies d'autopsie avec examen histologique.

Les convulsions de la coqueluche se produisent surtout chez les jeunes enfants et à la période d'état. Elles sont généralement graves et peuvent entraîner la mort ou laisser des séquelles importantes, motrices ou psychiques.

Les complications convulsives de la coqueluche ne peuvent s'expliquer que d'une manière tout à fait exceptionnelle par une maladie intercurrente. (Tétanie infantile, hémorragie cérébrale ou méningée). En réalité elles ont pour cause habituelle une encéphalite.

Au point de vue anatomo-pathologique, cette encéphalite est caractérisée par l'absence très fréquente de lésions vasculaires macroscopiques, par une congestion de tout le tissu nerveux, par une réaction méningée, par un processus dégénératif des cellules ganglionnaires corticales, par une réaction névroglique possible et enfin par l'absence de lésions spéciales à la substance blanche.

Dans l'état actuel de nos connaissances, ce processus d'encéphalite semble devoir être attribué à l'imprégnation des centres nerveux par l'endotoxine du bacille de Bordet-Gengou dont l'action nocive sur l'encéphale a pu être expérimentalement démontrée.

G. Schreiber.

Arvid Wallgren (Göteborg). ***Recherches sur le métabolisme du fer chez les enfants nourris au sein pendant la première année*** (*Revue française de pédiatrie*, t. IX, n° 2, 1933). — Ces recherches composées de 21 expériences furent exécutées sur 5 nourrissons, âgés de 3 semaines à 11 mois. Elles démontrent : *a*) Que chez certains enfants les expériences peuvent donner une balance du fer qui se comporte d'une manière analogue à celle qu'ont observée Langstein et Edelstein, balance qui est généralement positive et qui fut considérée comme la balance normale des enfants nés à terme ;

b) Que, de temps à autre cependant, on rencontre des enfants à terme dont la balance se comporte plutôt comme Lichtenstein l'a vu chez les prématurés, c'est-à-dire d'une manière négative dans les expériences qui s'opèrent durant les cinq premiers mois, mais sans qu'il se produise d'abaissement du taux de l'hémoglobine, ainsi qu'on l'observe dans l'anémie des enfants prématurés ;

c) Qu'on peut finalement trouver des enfants

qui, pendant leurs cinq premiers mois, présentent une balance tantôt positive et tantôt négative.

Si petite qu'en soit la quantité, 0,642 mgr. pour 1.000 gr. en moyenne — le fer présent dans le lait de femme suffit à couvrir les besoins de l'organisme infantile en fer venu de l'extérieur, étant donné que chez tous les enfants le taux de l'hémoglobine se maintint dans les limites des valeurs normales. Comme on peut supposer que ce très modeste apport quotidien de fer ne suffit pas à couvrir la totalité des besoins en fer pour la reconstitution du sang de l'enfant, etc., on demeure dans les limites de la vraisemblance en admettant que l'organisme est capable d'utiliser non seulement une partie au moins du fer qui est entreposé dans les organes au moment de la naissance, mais encore celui qui est libéré en conséquence de l'usure physiologique des globules sanguins. D'autre part, les quantités de fer plus grandes qu'ont présentées les fèces durant les premiers mois peuvent témoigner qu'une partie du fer entreposé dans les organes au moment de la naissance est éliminée comme un produit de déchet inutile à l'organisme.

G. Schreiber.

E. Schneegans (Strasbourg). ***Contribution à l'étude des suites tardives des splénectomies pour hémogénie. Leucémie lymphoïde chez un enfant splénectomisé pour hémogénie*** (*Revue française de pédiatrie*, t. IX, n° 2, 1933). — La splénectomie a été introduite par Kaznelson dans le traitement de la thrombopénie essentielle. Elle constitue un très grand progrès, mais il est utile de préciser l'avenir des opérés.

S. publie d'abord l'observation personnelle d'un enfant de 12 ans qui, splénectomisé par le professeur Leriche, présente des suites opératoires immédiates excellentes, mais qui, deux ans après, fut réadmis à l'hôpital pour une leucémie lymphoïde qui l'emporta en deux mois.

Cette histoire clinique incita S. à faire dans la littérature médicale sur le sort ultérieur des splénectomisés une vaste enquête dont il communique en détail les résultats. Il en ressort qu'il existe, au cours des leucémies, des états thrombopéniques avec syndrome humoral typique ; mais dans ces cas la leucémie a été nettement apparente dès le début : le syndrome hémorragique n'a été qu'un épiphénomène.

Les leucémies atypiques paraissent à S. plus instructives pour l'explication du fait qu'il lui a été donné d'observer. Il rappelle notamment les conclusions admises par Lenoble et Quelmé selon lesquels les différents syndromes : anémies pernicieuses, leucémie, purpura et hémophilie seraient des manifestations d'une même maladie du sang. Ces auteurs vont jusqu'à admettre que chacune de ces formes correspondrait à un certain degré de virulence des toxines.

Malgré le nombre élevé de splénectomies pratiquées, les cas de leucémie post-opératoire sont rares et il semble inutile à S. de discuter l'hypothèse que la splénectomie pourrait être une cause déterminante. Il lui a semblé cependant intéressant de soulever la question des rapports possibles entre l'hémogénie et les leucémies, afin de montrer, d'une part, que les classifications ne s'étendent qu'aux formes typiques et aussi afin de mieux connaître, dans les détails, l'avenir des splénectomisés.

G. Schreiber.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'INDOCHINE (Hanoï)

P. Moreau. ***Sur les accidents causés par la laque*** (*Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine*, tome X, n° 2, Février-Mars 1932). — 2 jeunes tirailleurs tonkinois ayant passé une partie de la journée à calfater, en plein soleil, une barque avec une colle provenant de la décantation du suc de laquier, ont été pris le lendemain d'une dermatite érysipélatoïde de la face et du cou, puis d'un coma, avec délire furieux pour l'un et convulsions épileptiformes pour l'autre, complètement apyrétique, qui dura vingt-quatre heures, tandis que la lésion cutanée évolua vers la guérison en six jours. Il faut noter au cours de ce coma l'abolition des réflexes, l'incontinence des sphincters, une forte odeur aromatique de l'haleine rappelant celle de l'émail à froid employé pour la carrosserie automobile et surtout une mydriase intense qui persista plus d'une semaine, gênant la vue, alors que le fond d'œil était intact.

On a tendance à l'heure actuelle à faire rentrer « l'eczéma de la laque », la maladie de la laque dans le cadre des manifestations anaphylactiques. M. pense qu'il s'agit plutôt d'accidents toxiques. L'haleine caractéristique des malades révèle une longue inhalation de vapeurs toxiques. La saignée produisit une amélioration rapide. Chez les 2 malades on trouvait le lendemain du début de l'affection, dans le liquide céphalo-rachidien, 0 gr. 33 et 0 gr. 47 d'urée par litre et dans le sang 0 gr. 60 et 1 gr. d'urée. Il y avait une albuminurie légère avec acétonurie, grosse cystinurie, oxalurie, déchets urinaires, rétention chlorurée, hypophosphaturie, tous signes révélateurs d'une néphrite toxique, que celle-ci ait été provoquée au niveau des placards érythémateux cutanés, ou par inhalation des produits volatils toxiques.

Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin)

E. Schiff. ***Les succès du traitement diététique par l'alimentation végétale crue dans la névrodermite de l'enfant*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 38, 16 Septembre 1932). — Il est classique d'enseigner que les prescriptions de régime restent sans grande influence sur les névrodermites, tant généralisées que localisées, de la première ou de la seconde enfance. Or S. a constaté que l'alimentation par les végétations crues fait disparaître très rapidement prurit et manifestations cutanées, même dans les formes qui paraissent les plus tenaces et invétérées. Ses observations sont au nombre de 20. L'amélioration se manifeste dès les premiers jours du traitement. La guérison est complète en quelques semaines.

La composition du régime pour le nourrisson a été indiquée par S. dans un autre article. Pour les enfants de plus de 2 ans, l'alimentation, pendant 2 semaines, est constituée exclusivement par des fruits crus, des tomates ou des betteraves crues. Lorsque l'amélioration est déjà bien nette, on ajoute au repas de midi des légumes sans sel, puis un peu de viande et, plus tard seulement, au petit déjeuner, un peu de lait avec une petite quantité de thé ou de café de malt et un peu de biscottes. Les boissons doivent être peu abondantes et le sel absolument proscrit. Pendant plusieurs mois, il est bon de conserver le régime des fruits et des crudités un jour ou deux par semaine. Pendant le traitement, le poids reste généralement stationnaire ; il fléchit quelquefois d'abord de 200 à 300 gr. ; la perte de poids est naturellement plus considérable chez les enfants dont la réaction eczémateuse s'accompagne d'une infiltration importante. Certains des enfants traités conservaient leur névrodermite depuis deux ans.

Le procédé reste, de l'avis de S., purement empirique ; la déshydratation n'est certainement pas le mécanisme d'action de cette thérapeutique, car l'amélioration du prurit n'a aucun rapport avec la courbe de poids, et elle se produit même chez des enfants déshydratés qui reprennent du poids.

J. Mouzon.

ARCHIV für GYNAKOLOGIE (Berlin)

L. Nürnberger. ***Les fonctions hépatiques à la fin de la gestation normale*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLIII, n° 1, 14 Mars 1933). — Pour étudier les fonctions hépatiques à la fin de la gestation, N. a soumis 50 gestantes à diverses épreuves hépatiques. La première a été celle de Mancke qui consiste à donner, pendant trois jours, un régime pauvre en protéines, puis à faire consommer 50 gr. de gélatine dissoute dans l'eau chaude. D'autre part, les acides aminés sont dosés dans l'urine la veille et le jour de l'épreuve.

La veille de l'épreuve cette analyse a donné, chez 21 gestantes, des chiffres globaux variant de 86 à 242 milligr. avec 173 comme moyenne, la concentration allant de 8 à 22 milligr. pour 100 gr., soit en moyenne 13 milligr. pour 100 gr. Ces chiffres sont extrêmement faibles puisque les chiffres globaux observés par Mancke et Rohr chez des patients sans maladie de foie, s'élèvent en moyenne à 317 milligr. avec une concentration moyenne de 25 milligr. pour 100 gr.

Chez 23 femmes non gestantes, alimentées de la même façon, la concentration moyenne a été de 14 milligr. 82 pour 100 gr. Ainsi la concentration dans les deux cas est très analogue ; la différence entre les deux groupes est de plus très inférieure à l'erreur moyenne.

Le chiffre le plus significatif dans cette épreuve est représenté par la concentration moyenne observée le jour de l'épreuve pendant les 8 premières heures et comparée à la concentration moyenne de la veille. Quand la différence dépasse 50 pour 100, le foie fonctionne mal. Or, chez les gestantes, la concentration ayant été, la veille, de 13 milligr., la concentration moyenne observée pendant les 8 premières heures de l'épreuve a atteint 22 milligr. 4. La différence est, comme on le voit, de beaucoup supérieure à 50 pour 100. De plus, en examinant les cas séparément, on constate que 12 fois sur 21 il y a eu trouble net dans la désintégration des acides aminés administrés sous forme de gélatine.

L'épreuve insuline-glucose-eau a été également appliquée à 20 gestantes. Cette épreuve consiste à déterminer la glycémie puis à administrer 20 unités d'insuline et, 20 minutes plus tard, 50 gr. de glucose dans 500 cmc d'eau et enfin un litre d'eau. Normalement il ne se produit pas d'hypoglycémie. Chez les hépatiques, le sucre du sang s'abaisse au-dessous de 70 milligr. pour 100 gr. La différence constatée avant et après l'épreuve est de plus de 30 milligr. et il survient des symptômes d'hypoglycémie. Chez 7 femmes sur 19 examinées, la glycémie est effectivement descendue au-dessous de 70 milligr. La différence entre la glycémie à jeun et celle d'après l'épreuve n'a jamais été supérieure à 24 milligr. Enfin, les symptômes prodromiques de l'hypoglycémie ont été observés 12 fois sur 20.

L'épreuve du galactose a été également utilisée dans 20 cas. L'élimination de ce sucre n'a jamais dépassé 1 gr. 5.

L'épreuve des repas glucosés répétés a été pratiquée chez 18 gestantes. Dans un groupe de 8 femmes, on a constaté un effet Staub typique, c'est-à-dire que le second repas sucré n'a pas fait augmenter la glycémie. Dans un second groupe de 3 femmes il y a eu un effet Staub, mais ralenti et mal caractérisé. Dans un troisième groupe de 10 femmes, la seconde administration de sucre a augmenté la glycémie un peu comme chez les diabétiques. Enfin, chez une dernière femme, la courbe obtenue a été nettement diabétique. Ainsi, chez les gestantes normales, cette épreuve donne une courbe qui n'est pas normale dans un grand nombre de cas.

L'épreuve de la bilirubine, selon V. Bergmann-Eilbott a été pratiquée chez 25 gestantes normales. Cette épreuve qui consiste à doser la bilirubine du

sang avant et après administration de 50 milligr. de bilirubine, a permis d'abord de constater qu'avant l'épreuve cette substance se retrouve dans le sérum au taux de 0 milligr. 2 à 0 milligr. 6 pour 100 gr. Dans 12 cas il a été constaté 3 heures après l'injection, une rétention de 15 pour 100 au moins. Dans tous les autres cas il y avait donc retard dans l'élimination de la bilirubine injectée. On doit donc admettre qu'il y avait un trouble de la fonction hépatique. Ces fonctions sont donc fréquemment troublées vers la fin de la gestation, même quand il s'agit de gestantes normales.

HENRI VIGNES.

B. Walthard. ***Septicémie et tuberculose miliaire après interruption artificielle de la grossesse*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLIII, n° 1, 14 Mars 1933). — Une femme de 26 ans, qui se trouve au troisième mois d'une cinquième grossesse, a perdu à plusieurs reprises un peu de sang par le vagin et on fait le diagnostic d'avortement imminent. Il apparaît d'ailleurs des températures subfébriles, puis des pertes purulentes. On dilate le canal cervical au moyen d'une laminaire et on évacue le contenu de l'utérus. Aussitôt après l'intervention, on observe des températures septiques, des frissons, de la péritonite et la mort survient. A l'autopsie on constate d'abord une tuberculose miliaire tout à fait récente des poumons, des reins, de la rate, du foie et une tuberculose caséeuse de l'endomètre et des trompes. En même temps il existe une septicémie streptococcique avec péritonite purulente diffuse.

De la discussion de cette observation à laquelle W. se livre, il résulte que les petites hémorragies du début auxquelles succédèrent les pertes purulentes observées, témoignaient d'un processus inflammatoire aigu de la cavité utérine accompagné de fièvre par résorption de produits toxiques. Malheureusement un examen bactériologique de ces pertes n'a pas été fait. Il est probable cependant qu'on y aurait trouvé des bacilles de la tuberculose ; il en existait dans le pus qui a pu être recueilli à l'autopsie au niveau de l'utérus. Quoi qu'il en soit, les voies suivies par le sang des pertes du début avaient favorisé l'invasion par des streptocoques venus de l'extérieur, d'autant plus que la femme avait été l'objet de deux examens vaginaux.

D'autre part la mise en place d'une laminaire paraît avoir eu des conséquences néfastes en créant une rétention du pus qui, dans ces conditions, étant donné les contractions de l'utérus qui sont survenues, a dû être chassé vers la cavité péritonéale. C'est ainsi que des bacilles de la tuberculose et des streptocoques ont pénétré dans le péritoine en provoquant une tuberculose régionale en même temps qu'une péritonite streptococcique qui, d'ailleurs, s'est compliquée d'une pleurésie purulente. Enfin, l'évacuation de l'utérus par curettage a également eu des effets nocifs en semant la masse purulente de la cavité utérine dans les veines de l'organe, d'où thrombose, thrombophlébite aiguë, etc., qui ont entraîné la mort en 17 jours.

Pour expliquer la tuberculose miliaire, on doit faire appel à la théorie classique de Weigert d'après laquelle cette forme de tuberculose est due à la rupture, dans un vaisseau, d'un tubercule caséifié siégeant sur l'intima. Il est vrai que, par ailleurs, Hübschmann a fait des objections à cette théorie, montrant que l'existence d'un tubercule de ce genre est rarement constatée et que, quand on en trouve, il est plutôt conséquence que cause de la granulie.

Dans tous les cas, l'observation de W. montre que c'est bien à partir de l'utérus que la tuberculose s'est disséminée. Cette observation serait donc une exception à l'antagonisme qui existe entre tuberculose miliaire et tuberculose viscérale progressive. Mais, à cela, il s'est ajouté une réduction profonde des forces de défense qui résulte du fait que la péritonite purulente ne présentait aucune tendance à la localisation. De plus il a été trouvé des bacilles dans les veines superficielles et profondes de l'utérus ainsi que dans les thromboses des veines du paramètre. Ainsi il y a lieu d'admettre que ce cas montre qu'une disposition non spécifique est extrêmement importante au point de vue de l'étiologie de la tuberculose miliaire.

HENRI VIGNES.

H. Goecke, P. Wirz et **H. Daners.** ***Présence d'hormone sexuelle mâle dans l'urine du nouveau-né et dans le placenta. Contribution aux effets antagonistes des hormones sexuelles*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLIII, n° 2, 21 Avril 1933). — Pour étudier l'hormone sexuelle mâle existant dans l'urine du nouveau-né et dans les villosités, G., W. et D. ne se sont adressés ni à l'épreuve de Lœwe et Voss (modification de l'épithélium de la vésicule séminale) qui leur semble trop compliquée, ni à celle de Thales. Martin et Silva (augmentation de longueur et de largeur des glandes vésiculaires), ni à celle de Moore (régénération de la prostate) ; mais ils ont adopté l'épreuve de Pézard (variations les dimensions de la crête du coq castré). Ils ont extrait l'hormone de l'urine par le benzol.

Dans 2 cas de môle hydatiforme, l'urine de 24 heures a donné une réaction positive, c'est-à-dire qu'en 5 jours la crête du coq a augmenté de 65 à 102 pour 100, ce qui correspond à 3 ou 4 unités d'androkinine. L'urine de nouveau-né qui a été examinée à ce point de vue a permis de faire augmenter la crête du coq de 23 à 65 pour cent, aussi bien celle de garçon que celle de fille. D'autres expériences du même genre ont porté sur des placentas de garçons ou de filles. L'implantation de fragments d'organes a donné des résultats négatifs dans 3 cas sur 3. Il en a été de même 8 fois sur 8 pour les extraits de placenta de garçons. Avec des extraits de placenta de filles, les résultats ont été positifs 4 fois sur 8. Ainsi l'hormone sexuelle masculine se retrouve concurremment avec l'hormone sexuelle féminine, non seulement dans l'urine, mais parfois également dans le placenta.

Dans ces conditions, il y avait lieu de se demander s'il n'existe pas un effet antagoniste entre ces deux hormones. G., W. et D. ont pour cela injecté, pendant 21 jours, à des coqs castrés, un total de 2.000 unités d'hormone folliculaire (panhormon et progynon). Ils ont constaté que sous cette influence les dimensions de la crête augmentent de beaucoup plus de 100 pour 100. Avec d'autres hormones folliculaires, les effets n'ont pas été aussi marqués. Avec d'autres hormones ovariennes, l'augmentation a été nette mais moins importante (18 à 55 pour 100).

On ne doit pas conclure de ces constatations que l'épreuve de la crête du coq n'est pas spécifique. Effectivement, l'augmentation de la crête qui est survenue dans ces conditions n'a pas été constatée au bout de 5 jours, mais seulement au bout de 21 jours.

En injectant à 20 souris femelles infantiles une hormone mâle (érugon), on n'a pas déterminé de modifications du rythme œstral. Ainsi les hormones sexuelles n'auraient pas d'action antagoniste.

HENRI VIGNES.

Carl Müller. ***La présence d'hormone thyroïdienne dans le sang chez les femmes pendant la menstruation et pendant la gestation*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLIII, n° 2, 21 Avril 1933). — L'existence d'une suractivité de la thyroïde pendant la gestation a été longtemps admise. Mais une étude plus attentive n'a pas, d'après M., confirmé cette manière de voir. Le métabolisme de base n'est pas augmenté et il y a plutôt hypoventilation pulmonaire, contrairement à ce qui se passe dans l'hyperthyroïdie. La tendance à l'œdème serait plutôt due, d'après Knaus, à une hypothyroïdie. Si Anselmino et Hoffmann sont d'un avis contraire, par contre Bockelmann et Scheringer considèrent qu'il y a pendant la gestation dysfonction de la thyroïde. La recherche de la thyroxine dans le sang n'a encore jamais réussi, ni chez les sujets normaux, ni chez les hyperthyroïdiens. La réaction de Reid-Hunt ne donne rien à ce point de vue et d'ailleurs elle n'est pas spécifique. L'épreuve extrêmement sensible de Gudernatsch n'a pas non plus donné de résultat net. Cette épreuve ne peut pas non plus être considérée comme spécifique parce que la diiodetyrosine active les métamorphoses des têtards sans posséder les autres propriétés tout à fait essentielles de la thyroïde. Enfin M. note que les tissus sont seuls capables de détoxiquer très rapidement les substances thyroïdiennes actives avec lesquelles ils sont mis en contact. En conséquence ces substances ne circuleraient pour ainsi dire pas dans le sang.

En ce qui concerne l'iode du sang, on en trouve en moyenne chez un sujet normal 8 gammas pour 100 gr. Ce chiffre augmente quelque peu pendant la menstruation et atteint 20 gammas pendant la gestation. Enfin Eufinger et Wiesbader ont constaté que le sang de gestante normale ou éclampsique et le sang de femme pendant la menstruation activent la morphogénèse des têtards comme la thyroïde.

M. a repris ces recherches sur deux séries de têtards, à l'une desquelles il a ajouté du sang normal, du sang de femme pendant la menstruation, du sang de gestante. Dans aucune des séries il n'a été constaté de modifications nettes du développement des têtards comparables à ce qui s'observe quand on ajoute de la thyroxine.

HENRI VIGNES.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

Fr. Lefèbvre. ***Contribution à l'étude de l'hyperglycémie post-opératoire*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. V, n° 1, Janvier 1933). — Après toute intervention, sous anesthésie générale à l'éther ou anesthésie locale à la scurocaïne-adrénaline, il se produit une hyperglycémie, le plus souvent légère, d'importance variable, qui disparaît quatre à vingt-quatre heures après l'opération. L. a étudié ce phénomène et les circonstances qui l'entourent chez 30 sujets ayant subi des opérations variées. Tous les dosages du sucre sanguin ont été faits en double dans la demi-heure suivant le prélèvement par la méthode de Hagedorn et Jensen, dont la précision est de l'ordre de 5 centigr.

L'hyperglycémie est plus marquée dans les anesthésies générales à l'éther que dans les anesthésies locales, élevant le taux du sucre sanguin en moyenne de 0,95 à 1,50.

Des expériences de contrôle ont montré que dans les anesthésies locales précédant les interventions, ce n'est pas la piqûre, ni la distension des tissus par le liquide injecté qui modifie la glycémie. L'adrénaline, en solution dans du liquide physiologique à la dose de 0,00032 gr. pour 40 cmc, dose généralement employée dans les anesthésies locales, sujets d'étude, ne provoque pas d'hyperglycémie. La solution de scurocaïne à 1 pour 100, à la dose de 40 cmc, n'est pas non plus hyperglycémiante. La réunion de ces 2 éléments, aux doses isolément inactives, provoque une hyperglycémie. Dans une intervention simple telle que la cure radicale de hernie inguinale, l'extirpation de kyste thyréoglosse sans complication opératoire, sous anesthésie locale, l'acte opératoire en lui-même semble n'avoir qu'une faible action sur le taux du sucre sanguin.

L'agitation psychique pourrait expliquer peut-être certaines variations individuelles en ajoutant son action aux autres facteurs.

Robert Clément.

J. Moldaver. ***La poliomyélite épidémique. Electro-pronostic et intervention thérapeutique électro-thérapique*** (*Revue Belge des Sciences médicales*, t. V, n° 2, Février 1933). — L'exploration électrique classique n'est pas capable de mesurer exactement l'excitabilité neuro-musculaire et d'apprécier l'état physio-pathologique des zones paralysées. Si l'exploration électrique ordinaire peut faire la distinction entre la réaction de dégénérescence totale et la R. D. partielle, il y a toute une échelle intermédiaire qui lui est inaccessible. L'examen de la réflexivité ne varie pas beaucoup, mais rapidement. Pour suivre de près l'évolution des séquelles paralytiques de la poliomyélite, pour porter un pronostic de quelque exactitude, pour juger de l'efficacité de la thérapeutique les mesures de chronaxies sont indispensables, seules, elles reflètent avec précision la fonction neuro-musculaire.

Le pronostic des séquelles paralytiques de la poliomyélite aiguë est améliorée par la thérapeutique électrique actuelle. Cette thérapeutique devra s'adresser d'une part à la lésion elle-même et la diélectrolyse paraît le plus apte à atteindre ce but. M. emploie de préférence l'ionisation transcérébro-médullaire avec une solution d'iodure de potassium à 10 pour 1000, avec une intensité de 3 à 4 milliampères, pendant une série de 15 séances de trente minutes chacune, une séance quotidienne les six premiers jours, une séance tous les deux jours ensuite. La thérapeutique électrique doit s'adresser d'autre part aux troubles trophiques et paralytiques qui seront favorablement influencés par la diathermie et les excitations locales.

Il faut poursuivre ce traitement pendant des mois et ne l'abandonner que lorsque les examens cliniques et les explorations électriques auront donné la certitude qu'il n'y a plus aucune possibilité de récupération fonctionnelle. Il n'y a pas de limite fixe, des polymyélites datant de cinq ans et plus peuvent s'améliorer.

Robert Clément.

E. Delcourt-Bernard. ***L'accès fébrile chez l'homme. Contribution à l'étude de la fièvre expérimentalle chez l'homme. Premier mémoire : Exposé de la question technique expérimentale et description des phénomènes*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. V, n° 3, Mars 1933). — L'emploi de la fièvre en thérapeutique pose toute une série de problèmes. L'état de fièvre s'accompagne de changements importants dans le métabolisme général et s'il se prolonge ou s'il se répète une série de fois sous forme d'accès, il peut avoir une répercussion dont il importe de se rendre compte avec exactitude.

« La fièvre est cette série de troubles successifs, ou simultanés, qui traduisent le déséquilibre entre les deux ensembles de fonctions destinées, les unes à produire de la chaleur (thermogénèse), les autres à l'évacuer (thermolyse) ». Suivant que l'un de ces ensembles de fonctions est plus intéressé que l'autre, ou exclusivement intéressé, l'autre étant normale, on a affaire à des fièvres de nature, d'évolution, de signification variables. L'origine microbienne n'est pas suffisante à établir un classement dans les fièvres ; la discrimination doit porter sur l'étude physio-pathologique.

L'étude expérimentale de la fièvre obtenue après injection de vaccin antigonococcique dans les veines, soit pour annexite, soit pour arthrite gonococcique, montre que l'injection est suivie d'une période de calme d'environ cinquante minutes, dont la durée varie relativement peu chez le même sujet et même chez les différents sujets. Pendant cette période, aucun symptôme, à part une angoisse imprécise, ne paraît avoir le monopole de la priorité ; le bâillement survient fréquemment un des premiers lorsqu'éclate le frisson. La pâleur, la sensation de froid précède de très peu l'apparition du frisson fébrile. Celui-ci éclate brusquement et s'installe très rapidement (en une demi-minute) ; sa durée varie beaucoup plus que celle de l'avant-frisson.

Une fois le frisson calmé, le temps nécessaire pour atteindre le maximum thermique est très variable également. La température qui en général change très peu au cours de l'avant-frisson, s'élève durant le frisson et davantage encore tout de suite après celui-ci. Le plateau thermique dure un temps très variable, de treize minutes à trois heures cinquante. La défervescence totale s'opère en douze à dix-huit heures environ.

L'accès fébrile sans frisson est une réaction atténuée.

Robert Clément.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

A. Gettler et **C. Norris.** ***Empoisonnement par des eaux minérales radio-actives*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 6, 11 Février 1933). — L'ingestion de sels de radium est mortelle, même à toutes petites doses, à condition qu'elles soient renouvelées constamment. G. et N. exposent l'observation d'un sujet mort d'une intoxication chronique par le radium, consécutive à l'ingestion, plusieurs années durant, d'une eau de table contenant des traces de radium. La mort termina l'évolution d'un syndrome anémique grave, compliqué *in extremis* de nécrose osseuse et d'abcès du cerveau.

Un dosage de radium par électroscope fut pratiqué dans tous les organes du sujet et révéla la présence de 74 microgrammes de radium, presque exclusivement localisé dans le tissu osseux. A l'aide de l'autophotographie, il fut possible de mettre en évidence la radioactivité des os.

R. Rivoire.

A. Woods. ***Endartérite cérébrale syphilitique chez un psychopathe homosexuel : un problème médico-légal*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 6, 11 Février 1933). — W. expose l'observation d'un sujet homosexuel qui assassina un jeune homme après l'avoir violé. L'examen médico-légal du détenu n'avait pu démontrer de façon évidente l'existence d'une psychose, aussi le sujet fut-il condamné à mort après un an d'emprisonnement. Quelques jours avant l'exécution de la peine, le médecin-expert, sur l'instigation de l'avocat, demanda un nouvel examen psychique du sujet et une ponction lombaire. Ce nouvel examen fut refusé et le sujet exécuté.

A l'autopsie, on découvrit des lésions indubitables d'endartérite syphilitique et peut-être une paralysie générale débutante. Cet examen nécropsique semble démontrer l'irresponsabilité du meurtrier et la légèreté indubitable des tribunaux américains.

R. Rivoire.

L. Ellis et **S. Weiss.** ***Les fonctions rénales dans l'hypertension artérielle*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 12, 25 Mars 1933). — E. et W. ont étudié l'état des fonctions rénales chez des malades atteints d'hypertension artérielle primitive, à l'aide de l'analyse complète des urines et des tests suivants : épreuve de l'élimination provoquée de l'urée et de la créatinine, épreuve de concentration-dilution.

Chez 24 malades, le test de l'élimination de l'urée donna dans 10 cas un résultat normal, chez 9 sujets une diminution légère et chez 5 une diminution marquée.

Le test de la créatinine donna des chiffres tout à fait comparables.

L'épreuve de la concentration-dilution donna les résultats les plus sensibles, l'atteinte rénale étant décelée dans tous les cas où le test de l'urée et de la créatinine avait été positif, et, en outre, chez 2 malades où les autres tests avaient été négatifs.

R. Rivoire.

J. Fetterman et **H. Kumin.** ***La déshydratation dans l'épilepsie*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 13, 1er Avril 1933). — La cure de déshydratation a été préconisée en Amérique pour le traitement de l'épilepsie, seule ou associée au régime cétogène. Les premiers expérimentateurs ont publié de brillants résultats ; puis, comme cela arrive souvent, d'autres auteurs ont publié des résultats moins bons ou même complètement négatifs.

Afin de vérifier l'action de la déshydratation, F. et K. ont appliqué ce traitement à 21 épileptiques choisis parmi ceux présentant des crises à intervalles réguliers et capables de coopérer au traitement.

Le résultat de cet essai thérapeutique fut essentiellement négatif : la déshydratation n'a eu qu'une influence infime sur le cours de l'épilepsie, de même que la reprise de l'hydratation normale n'a pas précipité les crises ; de même, la suppression du gardénal au cours de la cure de déshydratation déclancha régulièrement une crise. Enfin ce traitement est encore plus difficile à faire accepter du malade que le régime cétogène.

R. Rivoire.

A. Bernheim. ***Les besoins de calcium et l'utilisation du calcium*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 13, 1er Avril 1933). — Pour B., la dose journalière de calcium nécessaire à l'individu est de 0 gr. 70 (1 gr. d'oxyde de calcium). Or le régime alimentaire des Américains est fort loin de contenir une pareille quantité de ce métal : donc la déficience de calcium est extrêmement répandue, et c'est peut-être à cette insuffisance d'apport alimentaire qu'est due l'ostéoporose sénile.

La nécessité d'une dose adéquate de calcium est pourtant indiscutable. Outre le rôle de ce corps dans la formation du squelette, les expériences de Sherman sur le rat tendent à démontrer l'importance de cet élément pour la longévité.

Les seuls aliments contenant beaucoup de calcium sont le lait et le fromage ; les légumes verts en contiennent beaucoup moins et, de plus, l'ébullition leur fait perdre la quasi-totalité de leurs sels métalliques. Le lait et le fromage sont donc des aliments indispensables, à moins de compléter l'alimentation par l'absorption de sels calciques (5 gr. de lactate de calcium ; 10 gr. de gluconate de calcium par jour).

En outre de l'ingestion insuffisante de calcium, bien des facteurs s'opposent de plus à l'absorption totale de cet aliment : en dehors de la vitamine D, dont le rôle, indiscutable, est encore mal défini, certaines circonstances favorisent la formation de sels insolubles, donc inabsorbables : ainsi l'alcalinité intestinale, l'excès de graisses dans l'alimentation, l'excès de phosphore, la présence d'acide oxalique. Il en résulte que les sels de calcium doivent être absorbés loin des repas, au moment où l'intestin est moins alcalin et où l'estomac ne contient aucune substance déterminant la formation de sels calciques insolubles : ceci expliquant l'échec fréquent de l'absorption du calcium par voie digestive, lorsque le remède est pris pendant le repas.

R. Rivoire.

T. Althausen. ***La thérapeutique par le dextrose dans les maladies du foie*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 15, 15 Avril 1933). — Depuis plusieurs années le sucre est très prôné en Amérique dans le traitement des maladies du foie. Ce traitement n'est pas empirique ; il repose sur de solides données expérimentales : de nombreuses expériences ont démontré en effet que le foie résiste beaucoup mieux à l'intoxication par le phosphore ou le chloroforme lorsqu'il contient beaucoup de glycogène.

Dans la plupart des maladies de foie le glycogène du foie est très diminué, sans doute à cause d'une insuffisance de formation de sucre à partir des autres aliments : il en résulte une diminution du glycogène de réserve. Mais la fonction glycogénique du foie n'est pas disparue et l'auteur a démontré chez l'homme que l'administration de fortes doses de sucre à des hépatiques avant une intervention permet de trouver après biopsie un foie bourré de glycogène. Mais la quantité de sucre qui doit être administrée est considérable, car l'organisme humain a besoin chaque jour de 560 gr. de sucre. En admettant que le régime alimentaire donne au malade 300 gr. de sucre par jour, il reste 260 gr. qui doivent être fournis aux dépens des albumines et des graisses. Si cette fonction de synthèse glucosée est entièrement perdue, c'est donc 260 gr. de sucre qu'il faut donner au malade pour que son glycogène hépatique reste intact.

En pratique, l'administration journalière de 50 à 100 gr. de sucre, en outre d'un régime riche en carbohydrates, est suffisante. Il faut, après un long traitement par le sucre, éviter de supprimer brusquement la ration sucrée, car on pourrait déclancher une crise d'hypoglycémie grave, due à l'hyperfonction pancréatique compensatrice qui s'était développée au cours du traitement.

R. Rivoire.

W. Craig et **R. Ghormley.** ***La signification et le traitement de la sciatique*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 15, 15 Avril 1933). — Cet article est une revue générale sur la question de la sciatique, qui est intéressante surtout parce que les auteurs y donnent le résultat des différentes méthodes de traitement appliquées à la clinique Mayo.

L'injection épidurale semble le traitement le plus actif : il a donné 52 pour 100 de guérison complète et 24 pour 100 de guérison partielle. La diathermie est également une méthode active, donnant 33 pour 100 de guérison totale et 12 pour 100 de soulagement partiel.

Lorsque le malade acceptait d'être soigné à la clinique Mayo comme patient couché, le traitement suivant était appliqué : double extension continue, diathermie, injection épidurale, injections intraveineuses de protéines étrangères. A l'aide de ce traitement, 85 pour 100 des malades furent guéris complètement et 14 pour 100 améliorés.

R. Rivoire.

H. Blotner. ***Les modifications du tissu graisseux au cours de la cure d'engraissement insulinique*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 16, 22 Avril 1933). — A l'aide de biopsies successives, B. a étudié les modifications structurales du tissu graisseux et du glycogène de la peau au cours d'une cure d'engraissement par l'insuline.

Après que la malade eut gagné 10 kilogr., l'épaisseur de la graisse sous-cutanée passa de 3 à 16 mm. et le diamètre moyen des cellules graisseuses de 35 à 89 microns.

Les modifications du glycogène cutané ne furent pas considérables.

Il semble bien que l'insuline agisse en augmentant directement la surcharge graisseuse des tissus.

R. Rivoire.

G. New et **W. Kirch.** ***Hypertrophie permanente des lèvres et de la face secondaire à un œdème récidivant et associé à une paralysie faciale : une nouvelle entité clinique*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 16, 22 Avril 1933). — Au cours des vingt-deux dernières années, la clinique Mayo a eu à soigner 62 malades atteints d'une affection curieuse et jusqu'ici peu connue : il s'agit d'un œdème permanent des lèvres et de la face, s'installant après plusieurs poussées d'œdème transitoire très analogue à l'œdème de Quincke. Cette hypertrophie permanente ne survient d'ordinaire qu'après plusieurs années et s'associe souvent à une paralysie faciale qui précède parfois de plusieurs années le début des accidents œdémateux.

La nature exacte de cet œdème est tout à fait mystérieuse. Le traitement se fait par radiumthérapie et par injection d'eau bouillante dans les parties œdématiées. Lorsque toute tendance à l'accroissement a disparu, des opérations esthétiques peuvent être faites pour enlever les tissus hypertrophiés.

Les résultats du traitement sont satisfaisants.

R. Rivoire.

M. Strauss et **W. Macdonald.** ***La polynévrite gravidique, maladie par carence*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 17, 29 Avril 1933). — Il est classique d'attribuer à une hypothétique « toxémie » gravidique toutes les complications de la grossesse, telles que la néphrite, l'éclampsie, les vomissements incoercibles, la polynévrite, l'anémie. Mais ce groupe disparate de maladies toxiques commence à se désagréger, et la fameuse toxine causale n'est sans doute qu'un mythe comme la toxine qu'on pensait autrefois responsable de l'anémie pernicieuse, du béri-béri, du scorbut. En dehors des troubles liés au déséquilibre endocrinien de la grossesse, il semble de plus en plus que les complications de la grossesse dites toxiques sont des maladies par carence; cela est certain pour les anémies gravidiques (anémie hypochromique due à une déficience ferrique, anémie hyperchromique pernicieuse due à la déficience du « principe antianémique » de l'estomac). Il semble que la polynévrite gravidique soit également une maladie de carence, due à une déficience de vitamine B, exactement comme le béri-béri. Si en effet la polynévrite gravidique est exceptionnelle dans nos pays, elle est par contre extrêmement fréquente dans les pays où le béri-béri est endémique. D'autre part cette complication ne se voit pratiquement que chez les femmes qui ont souffert pendant leur grossesse de vomissements incoercibles, ce qui suggère invinciblement l'idée d'une carence nutritionnelle.

S. et M. rapportent trois cas de polynévrite gravidique guérie par l'ingestion de quantités importantes de vitamine B. Ils suggèrent l'emploi prophylactique de cette vitamine chez toutes les femmes atteintes de vomissemens incoercibles.

R. Rivoire.

W. Elser et **R. Stillman.** ***La superstition de l'eau tridistillée*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 17, 22 Avril 1933). — Afin d'éliminer les réactions consécutives à l'injection intraveineuse de diverses substances, l'usage s'est établi de n'utiliser comme solvant que de l'eau bi ou tridistillée. E. et S. s'élèvent, avec raison semble-t-il, contre cette véritable superstition : il est certain en effet que de l'eau bien distillée dans un appareil perfectionné n'a aucun besoin d'être redistillée dans un laboratoire et dans un appareil beaucoup moins adéquat. L'emploi de l'eau distillée est donc largement suffisant : mais ce qui est indispensable, qu'il s'agisse d'eau distillée ou redistillée, c'est de n'utiliser que de l'eau fraîchement préparée, car il est incontestable que l'eau qui a séjourné longtemps dans un récipient, surtout de verre, n'est pas pure.

R. Rivoire.

J. Munch, H. Ginsburg et **C. E. Nixon.** ***L'épidémie d'intoxication par le thallium en Californie en 1932*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 17, 29 Avril 1933). — En 1932 survint en Californie une petite épidémie d'intoxication par le thallium due à l'utilisation frauduleuse pour la pâtisserie d'une farine d'orge contenant 1 pour 100 de thallium, destinée à la destruction des loirs. Une vingtaine de cas d'empoisonnement fut observée, dont 6 mortels. A cette occasion M., G. et N. ont étudié de façon complète les symptômes et les lésions de l'intoxication thallique, qu'ils exposent en détail dans cet article : cette description est complétée par l'examen anatomo-pathologique dans les cas mortels.

M., G. et N. ont essayé à cette occasion une thérapeutique nouvelle, par l'injection intraveineuse d'iodure de sodium, destinée à fixer le thallium sous forme d'iodure presque insoluble. Lorsque les symptômes s'amendaient, l'injection de petites doses d'hyposulfite de soude déterminait l'élimination progressive du poison, élimination qui était suivie journellement par dosage dans l'urine : en cas d'élimination trop rapide, une nouvelle injection d'iodure de sodium était faite pour la freiner.

Cette thérapeutique a paru à M., G. et N. donner d'excellents résultats, à condition d'être appliquée précocement.

R. Rivoire.

R. Ottenberg. ***Reclassification des anémies*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 17, 29 Avril 1933). — Au cours de ces dix dernières années, des découvertes si importantes ont été faites concernant les anémies (en particulier les recherches de Whipple sur l'action du foie et celles de Castle sur l'action de l'estomac dans l'anémie pernicieuse), que la classification classique est aujourd'hui complètement périmée. En particulier la distinction entre anémies secondaires et primitives n'est plus soutenable.

Dans ce très intéressant article, après avoir passé en revue les plus récentes découvertes ayant trait à l'anémie, O. propose une nouvelle classification, d'ailleurs toute provisoire, basée sur la pathogénie des diverses anémies. Il distingue trois grands groupes : les anémies par carence, les anémies par lésion des organes hématopoïétiques, les anémies hémolytiques :

1° Dans les *anémies par carence*, on peut distinguer trois groupes principaux :

a) Les anémies par *carence ferrique*, où l'on peut ranger les anémies par hémorragies massives ou continues, les anémies hypochromiques, les anémies simples de la grossesse, les anémies simples de l'enfance.

b) *Les anémies par insuffisance du « principe antianémique »*, dont le type essentiel est l'anémie pernicieuse, et où l'on peut ranger en outre la sprue et l'anémie pernicieuse gravidique.

c) Les anémies par *carences alimentaires*, qui se voient dans les avitaminoses, les fistules biliaires ou pancréatiques, les diarrhées chroniques, certaines anémies infantiles comme l'anémie de Von Jacksh.

2° Dans le groupe des *anémies par lésion des organes hématopoïétiques*, O. distingue encore trois sous-groupes :

a) Le groupe dû à une destruction toxique de la moelle (anémies aplastiques).

b) Le groupe dû à une destruction mécanique de la moelle (ostéosclérose, maladie de Gaucher, leucémies, tumeurs malignes des os).

c) Un groupe dû à une lésion des organes hématopoïétiques accessoires (maladies de la rate ou du foie).

3° *Dans le groupe des anémies hémolytiques*, O. distingue deux sous-groupes :

a) Les *hémolyses héréditaires* (ictère hémolytique, anémie à hématies falciformes).

b) Les *hémolyses toxiques* (Infections. Intoxications. Brûlures. Azotémie. Cancer).

L. Gay. ***Le traitement du rhume des foins et de l'asthme des foins par séjour en atmosphère filtrée*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 18, 6 Mai 1933). — Les industriels américains ont lancé dans le commerce récemment une série de filtres à air destinés à débarrasser l'atmosphère des grains de pollen en suspension afin de soulager pendant leur séjour dans cette atmosphère filtrée les malades atteints de rhume ou d'asthme des foins. G. rend compte des expériences faites à l'aide d'un appareil fabriqué par « Frigidaire », qui donne une atmosphère filtrée et refroidie.

A l'aide de cet appareil, le malade peut être maintenu dans une atmosphère débarrassée de pollen et on peut régler la température et l'humidité de l'air à volonté.

Comme les précédents chercheurs, G. a constaté que le séjour dans cette atmosphère débarrasse très rapidement de leurs symptômes les malades atteints de rhume des foins, mais que ceux-ci reparaissaient non moins rapidement dès que le malade retourne à l'air libre.

Chez les malades atteints d'asthme, la disparition des symptômes est beaucoup plus lente, et nécessite d'ordinaire le séjour dans l'atmosphère filtrée pendant plusieurs heures et même plusieurs jours.

R. Rivoire.

T. Nelson, B. Rappaport et **W. Welker.** ***L'action de la filtration de l'air sur le rhume et l'asthme des foins : nouvelles recherches*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 18, 6 Mai 1933). — Encore une étude sur le filtrage de l'air. Cette fois les auteurs ont travaillé avec une machine fournie par l'American Air Filter Company.

Avec cet appareil les auteurs n'ont pu obtenir une disparition totale des grains de pollen, mais une réduction considérable suffisante pour soulager immédiatement les malades atteints de rhume des foins. Il semble d'après cette étude que les meilleurs résultats sont obtenus par filtration seule de l'atmosphère, sans humidification ni réfrigération. Comme les auteurs précédents, N. R. et W. n'ont obtenu que des résultats beaucoup moins brillants avec l'asthme des foins, pour lequel un séjour prolongé en atmosphère filtrée est nécessaire pour obtenir la disparition des accès.

Il semble que la filtration de l'atmosphère soit une méthode susceptible d'avenir, car elle permet au patient atteint de cette insupportable infirmité qu'est le rhume des foins de vivre à l'aise tant qu'il ne quitte pas son domicile et notamment la nuit. Evidemment, il ne s'agit pas pour l'instant d'un traitement à la portée de toutes les bourses.

R. Rivoire.

C. Kereszturi, D. Hauptmann, B. Schick et **L. Mishulow.** ***Les bacillles acido-résistants dans le liquide gastrique et dans les fèces des enfants tuberculeux*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 19, 13 Mai 1933). —K., H., S. et M. ont entrepris des recherches patientes pour vérifier la fréquence et la valeur de la constatation des bacilles acido-résistants dans le liquide gastrique et dans les fèces des enfants tuberculeux.

Chez 100 enfants atteints de bacillose plus ou moins grave, 28 seulement avaient des bacilles de Koch dans le liquide gastrique ; mais la proportion atteignait 75 pour 100 dans les cas de tuberculose évolutive grave. Ainsi la constatation de bacilles de Koch dans le suc gastrique est-elle de très fâcheux pronostic.

La recherche directe des bacilles sur lame donne 7 pour 100 de résultats positifs en moins que l'inoculation au cobaye.

Quant à la recherche dans les fèces elle est moins souvent positive également que celle dans le liquide gastrique.

R. Rivoire.

H. Williams, W. Schulze, H. Rothschild, A. Brown et **F. Smith.** ***Intoxication saturnine consécutive à l'emploi comme combustible de bacs d'accumulateurs*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C., n° 19, 13 Mai 1933). — En Juin 1932, une extraordinaire épidémie d'intoxication saturnine aiguë survint à Baltimore, frappant presque exclusivement les enfants nègres des quartiers populaires. Devant la fréquence et la gravité de ces intoxications, une enquête approfondie fut faite par les services d'hygiène, qui finirent par découvrir la cause étonnante de cette épidémie : les familles des enfants atteints avaient pris l'habitude de se chauffer en faisant brûler des bacs de batteries d'accumulateurs mortes, qui leur étaient données gratuitement par l'usine après enlèvement des plaques de plomb. Or l'examen de ces carcasses révéla la présence d'un abondant revêtement de sulfate de plomb. C'est donc par inhalation des fumées abondantes émises par ce bois en cours de combustion que se faisait l'intoxication.

A l'aide d'une publicité intense par la presse et la radio, cette épidémie fut rapidement arrêtée.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

A. Winkelstein. ***Un nouveau traitement de l'ulcère peptique : le goutte à goutte stomacal continu de lait alcalinisé*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 4, Avril 1933). — W. souligne l'importance du facteur acidité dans la pathogénie et la thérapeutique de l'ulcère peptique. Le système nerveux et le vague en particulier interviennent largement dans la production de l'hyperchlorhydrie chez les ulcéreux ; l'apparition d'hyperchlorhydrie ou de symptômes d'ulcère à la suite des chocs psychiques, les courbes très élevées d'acidité observées chez les ulcéreux lors des repas fictifs, etc., attestent que les incitations nerveuses sont excessives chez ces malades. De plus, W. attire l'attention sur les courbes élevées d'acidité qu'ils présentent pendant la nuit.

Aussi une thérapeutique réalisant un état d'alcalinisation chronique semble-t-elle avant tout désirable dans l'ulcus. Dans ce but W. a employé le goutte à goutte stomacal continu de lait alcalinisé (3 litres + 15 gr. de bicarbonate de soude par vingt-quatre heures) au moyen du tube de Rehfuss laissé en permanence. Avec un peu d'habitude le patient tolère bien le tube ; les sédatifs nerveux sont souvent nécessaires. L'atropine est un bon adjuvant. Le goutte à goutte est continué sans interruption pendant deux à trois semaines. A ce moment on se contente de le faire pendant la nuit.

W. a traité ainsi 42 ulcères gastriques, duodénaux ou jéjunaux avec le plus grand succès, sauf dans un cas. Les signes radiologiques ont souvent disparu.

P.-L. Marie.

C. Hines. ***La digestion des protéines chez les patients ayant de l'anacidité gastrique*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 5, Mai 1933). — Deux questions se présentent quand on étudie la digestion chez les patients dont le suc gastrique est dépourvu de HCl libre et ne renferme que très peu de pepsine : la digestion est-elle complète ? Quelle est sa rapidité ?

Pour apprécier le degré de digestion des aliments H. a déterminé, chez deux sujets présentant de l'anacidité gastrique (un artérioscléreux et un rhumatisant atteint de polypose gastrique), la teneur des fèces en azote qui mesure la digestion des protéines alimentaires. Il n'a pu mettre en évidence aucune modification significative ni aucune anomalie de la digestion des protéines, que le régime, de volume égal, fût riche ou pauvre en protéines. On peut en inférer que chez les sujets de ce genre la digestion des protéines est complète.

Pour évaluer la rapidité de la digestion dans l'anacidité gastrique, H. a déterminé la vitesse de l'excrétion de l'urée urinaire à la suite d'un unique repas riche en protéines. Chez 3 patients qui reçurent comme repas de la viande de bœuf finement hachée, la vitesse de l'excrétion uréique se montra normale. Par contre, chez 2 patients qui avalèrent la viande en gros morceaux sans la mâcher, il se produisit de la diarrhée avec une forte déperdition d'azote par les selles.

On peut en conclure qu'en l'absence de diarrhée la digestion des protéines se fait avec une rapidité normale dans l'anachlorhydrie. Ces résultats expliquent que des sujets présentant de l'anacidité gastrique puissent conserver un état de nutrition satisfaisant pendant de longues périodes.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL OF CANCER (New-York)

Shields Warren et **Olive Gates.** ***Tumeurs primitives malignes multiples (Revue de la littérature et étude statistique)*** [*The American Journal of cancer*, t. XVI, n° 6, Novembre 1932]. — Ce travail, considérable au point de vue statistique et bibliographique, donne l'indication de 1.259 cas de cancer multiple.

Sous ce nom, W. et G. entendent aussi bien les cancers manifestement distincts puisque histologiquement différents, que les cancers de même type développés indépendamment les uns des autres sur le même appareil : cancers multiples de la peau ou de l'intestin. Malgré leurs soins pour écarter les cancers métastatiques il est vraisemblable que leur sélection prête à quelques critiques et par exemple lorsqu'ils admettent comme cancer multiple des cas de cancers simultanés du col et du corps utérin.

Il n'est est pas moins que ce travail est très important. La proportion des cancers multiples par rapport aux cancers uniques est de 1,8 pour 100 à 3,9 pour 100 suivant les statistiques : c'est un chiffre relativement important et bien plus élevé que celui de coexistences purement fortuites, qu'ils ont calculé. Il est donc probable que les sujets atteints de cancer multiple ont une particulière prédisposition pour le cancer, ou bien sont soumis à des causes favorisantes intenses. On ne peut en dire actuellement davantage.

P. Moulonguet.

D. P. Barr. ***Les relations entre le métabolisme calcique et les maladies des os*** (*The American Journal of cancer*, t. XVI, n° 6, Novembre 1932). — Dans cette revue générale les deux groupes d'affections manifestées, les unes par une décalcification squelettique, les autres par une densification du squelette, sont passés en revue et l'indication de quelques travaux est donnée qui se rapportent au métabolisme calcique et phosphoré. Il ne semble pas que B. ait contribué personnellement à l'étude de ces questions. Ce travail, trop bref et trop fragmentaire pour donner une vue d'ensemble de cet immense problème, n'apporte donc rien de nouveau.

P. Moulonguet.

Ch. C. Lund et **H. M. Holton.** ***Oxygène, acide carbonique et acidose dans le traitement du cancer (avec une étude spéciale du traitement de Fisher-Wasels)*** (*The American Journal of cancer*, t. XVI, n° 6, Novembre 1932). — L. et H. ont appliqué au traitement de quelques cancers (œsophage, estomac, sein, nævo-carcinome), la mé-

thode proposée par Fischer-Wasels, c'est-à-dire, associés, des inhalations d'un mélange de O et de CO^2, des irradiations par les rayons X et les rayons U.-V. et l'ingestion d'huile de foie de morue. Ils n'ont obtenu aucun résultat intéressant et pensent que l'action des rayons X explique à elle seule le bénéfice relatif que leurs malades en ont ressenti.

Ils donnent à propos de ces essais thérapeutiques le résultat de leurs dosages de CO^2 dans le sang chez les cancéreux à jeun et au repos; leur conclusion est qu'il n'y a pas d'alcalose constante dans le cancer, comme on l'a soutenu à tort.

P. Moulonguet.

IL POLICLINICO

(Rome)

S. Calabrese. ***Sur le soi-disant « état lymphatique constitutionnel »*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. XL. n° 7, 13 Février 1933). — Il est démontré que le tissu lymphatique est un tissu de défense contre les infections et cependant il est d'observation banale que les sujets lymphatiques sont plus exposés que les autres aux infections communes; il est vrai que tout en étant plus vulnérables, ils résistent mieux à ces infections et peuvent même être très robustes. C. pense que leur facilité à s'infecter vient de ce qu'ils ont un métabolisme torpide; cette lenteur du métabolisme, qui favorise la nutrition, s'explique par le fait qu'il s'agit d'enfants (âge d'élection du lymphatisme) ou de sujets qui pour la plupart évoluent vers la troisième combinaison morphologique de De Giovanni (combinaison hypoévolutive).

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE

(Turin)

L. Condorelli. ***Pathogénie des crises d'Adams-Stokes pendant le bloc partiel*** (*Archivio per le Scienze mediche*, t. LVI, n° 11, Novembre 1932). — Dans quelques cas, les crises d'Adams-Stokes, au cours des blocs complets, sont précédées par un ralentissement du rythme sinusal qui indique un état d'excitation vagale. Lorsque le système hisien est partiellement lésé, l'excitation du sympathique a une double action sur les phénomènes de bloc, l'une défavorable (augmentation de la fréquence sinusale), l'autre favorable (excitation du dromotropisme) et la prédominance de l'une ou de l'autre dépend de la réactivité différente que présentent le système hisien et les nœuds de Keith et Flack. De même, l'excitation du vague a une action favorable (ralentissement du rythme sinusal) et une action défavorable (dépression du dromotropisme); l'une ou l'autre prévaudra suivant la réactivité différente du sinus et du système hisien.

Le vague et le sympathique peuvent agir sur la fonction du système hisien partiellement lésé, en modifiant le tonus de ses artères; l'excitation du vague, surtout lorsqu'il existe des lésions de l'artère du septum fibreux, produit des spasmes vasculaires limités qui peuvent aggraver les phénomènes de bloc et déclencher une crise d'Adams-Stokes; le nitrite d'amyle, en supprimant le spasme, a dans ces cas une action favorable sur les phénomènes de bloc. Le stimulus, en se propageant à travers le faisceau de His lésé, subit un affaiblissement; une lésion de la branche principale du faisceau peut contribuer à former un tableau de bloc d'arborisation.

Lucien Rouquès.

L. Griva et **C. Asinelli.** ***Les anémies néphritiques*** (*Archivio per le Scienze mediche*), t. LVI, n° 12, Décembre 1932). — Dans toutes les néphrites aiguës et chroniques, existe un état d'anémie plus ou moins accentué et de types variés: anémie hypochromique, anémie normochromique, et parfois même anémie hyperchromique; dans tous les cas, l'anémie a les caractères d'une anémie hyporégénérative. La cause de ces anémies est à rechercher dans les altérations que provoque au niveau de la moelle osseuse l'intoxication due à l'insuffisance rénale. La marche des anémies néphritiques est calquée sur celle de la néphrite causale; l'évolution est relativement bénigne dans les néphrites aiguës qui guérissent; elle est plus grave dans les formes à tendance chronique et très grave dans les néphrites chroniques avec insuffisance rénale. En général, l'anémie n'aggrave pas beaucoup la néphrite et reste au second plan dans l'ensemble symptomatique. Les anémies néphrétiques sont peu influencées par les thérapeutiques antianémiques, que l'insuffisance rénale ne permet d'ailleurs pas toujours d'appliquer.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE

(Bologne)

M. Zardi. ***L'achylie gastrique et ses rapports avec les altérations de la crase sanguine*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. I, n° 5, Octobre 1932). — Dans l'achylie, l'histamine peut provoquer une sécrétion d'acide, alors que l'épreuve à la caféine est négative; l'histamine agit plus sur la sécrétion de la pepsine que sur celle de l'acide et un estomac qui a définitivement perdu le pouvoir de sécréter l'acide peut encore sécréter la pepsine sous l'influence d'une excitation énergique. Les caractères du liquide retiré par tubage après injection d'histamine montrent qu'il y a une altération inflammatoire de l'estomac: il s'agit donc à proprement parler d'une gastrite avec achylie dont la cause est encore inconnue.

L'achylie peut ne s'accompagner d'aucune altération du sang, mais il faut noter que la perte de la digestion gastrique peut être compensée par les sécrétions intestinales et pancréatiques; l'examen coprologique indique que cette fonction vicariante ne réussit pas toujours à s'établir et, dans ces cas, on trouve une anémie plus ou moins grave, simple ou hyperchromique, ou une anémie pernicieuse. Il se peut donc, que pour entraîner des altérations sanguines, l'achylie doive être associée à une insuffisance des autres sécrétions digestives; dans certains cas, le même facteur pathologique agit à la fois sur l'estomac, l'intestin et le pancréas; dans d'autres, c'est la gastrite elle-même qui provoque le trouble intestino-pancréatique.

L'achylie entraîne une assimilation incomplète des aliments et sans doute la carence d'une substance indispensable à la parfaite élaboration des globules rouges; c'est probablement la cause principale de l'anémie pernicieuse et peut-être de certaines anémies hypochromiques. D'autre part, il se produit une pullulation microbienne avec exagération des fermentations et des putréfactions; le foie arrête les substances toxiques ainsi formées, mais elles peuvent le léser, créant des hépatites consécutives à l'achylie. Quant à l'anémie simple hypochrome qui survient au cours de l'achylie, elle dépend de nombreux facteurs et il faut être très prudent avant de l'attribuer à l'achylie.

Lucien Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE

(Milan)

E. Awerbach. ***L'adrénaline dans le sang et les urines au cours des arthropathies chroniques*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. XLVI, n° 1, 1er Janvier 1933). — On peut mettre en évidence l'adrénaline dans le sérum et les urines par la réaction de Pancrazio au persulfate de soude. Les recherches faites par A. sur 168 malades atteints d'affections articulaires chroniques lui ont montré que l'absence ou la présence de la réaction dans le sérum n'avait aucun rapport avec la forme étiologique de l'affection; dans l'urine au contraire, une réaction positive indique, dans les polyarthrites infectieuses, que l'infection est encore en activité et, dans les arthrites déformantes ou les arthrites goutteuses, qu'il y a un processus infectieux surajouté. La réaction de Pancrazio doit prendre place chez les rhumatisants, à côté de la vitesse de sédimentation.

Lucien Rouquès.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA

(Naples)

D. Taddei. ***La polyarthrite juvénile ankylosante et son traitement chirurgical*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. XIV, n° 1, 15 Janvier 1933). — A propos d'un cas de polyarthrite ankylosante chez une jeune fille de 21 ans, de nature probablement tuberculeuse, T. critique la conception parathyroïdienne de l'affection telle que l'a soutenue Oppel; l'hypercalcémie manque dans la plupart des cas et ne constitue pas à elle seule un test démonstratif d'hyperparathyroïdisme; les parathyroïdes qui ont été enlevées chez des malades atteints de polyarthrite, ne présentaient pas de figures histologiques décisives d'hyperfonctionnement; les rémissions post-opératoires sont discutables et les résultats éloignés ne sont pas connus; enfin, en injectant à des animaux des doses fortes et répétées d'hormone parathyroïdienne, on ne reproduit aucun trouble qui rappelle la polyarthrite ankylosante. T. conclut que la théorie d'Oppel n'a pas de base sérieuse et que la parathyroïdectomie n'est pas à conseiller en pareil cas.

Lucien Rouquès.

JAPANESE JOURNAL of DERMATOLOGY et UROLOGY

(Tokio)

Nakamura et **Takatsuki.** ***Un cas d'acrémoniose*** (*Japanese Journal of Dermatology et Urology*, t. XXXII, n° 11, Novembre 1932). — N. et T. ont observé chez un homme de 37 ans un cas d'acrémoniose, mycose non encore signalée au Japon.

Depuis mars 1931, le malade se plaignait de fatigue, de toux avec crachats, sans sueurs nocturnes ni fièvre. En Décembre 1931, il remarqua à l'hypochondre gauche une tumeur, sensible à la pression, et qui augmentait de volume. Après incision de la tumeur, il s'écoula un pus semblable à celui de l'actinomycose et contenant de nombreux champignons à Gram positif, et semblables à ceux que contenaient les crachats.

La culture donna naissance à un champignon avec mycélium septé, conidiophores et conidies isolées à la pointe des conidiophores; il s'agissait d'*Acremonium Potroni*, pathogène pour la souris, le lapin et le cobaye.

R. Burnier.

ACTA DERMATOLOGICA
(Kioto)

Katayama. ***Les affections précancéreuses de la région génitale*** (*Acta dermatologica*, t. XX, fasc. 5-6, 1932). — K. a observé à la clinique de Kioto un certain nombre d'affections précancéreuses de la région génitale, telles que la maladie de Bowen, de Paget, l'érythroplasie, la leucoplasie, les cornes cutanées et la précancérose condylomatoïde.

La maladie de Paget, l'érythroplasie, la corne cutanée et la précancérose condylomatoïde s'observent plus souvent chez l'homme, tandis que la maladie de Bowen, la leucoplasie surviennent plus souvent chez la femme.

Les maladies de Paget et de Bowen se rencontrent surtout entre 50 et 60 ans, la leucoplasie entre 40 et 50 ans et la précancérose condylomatoïde entre 20 et 50 ans.

Les lésions siègent chez la femme, surtout sur les grandes lèvres, chez l'homme sur le gland; on note souvent un phimosis congénital.

Les troubles subjectifs sont nuls ou minimes, parfois note du prurit, très rarement des douleurs véritables.

L'évolution de ces lésions est ordinairement lente; cependant, les condylomes précancéreux aboutissent souvent rapidement au cancer.

L'histologie, en montrant l'hyperkératose, l'acanthose, la dyskératose, l'infiltration cellulaire, permet de faire facilement le diagnostic.

Ces affections précancéreuses de la région génitale ne sont ordinairement pas familiales ni héréditaires.

R. Burnier.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

M. Rosnowski. ***A propos d'un cas de paralysie spontanée du nerf phrénique*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. X, n° 1, 5 Janvier 1933). — R. relate les détails de l'observation d'un cas de paralysie du nerf phrénique.

Il s'agit d'un sujet de 21 ans, hypotonique présentant des signes évidents d'un développement physique insuffisant, accentué par certains troubles endocriniens. Ce malade a présenté antérieurement une réaction ganglionnaire trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse qui a laissé à droite un volumineux paquet de ganglions aujourd'hui calcifiés. Au point de vue nerveux il présente de l'inégalité pupillaire en faveur de la pupille, gauche, de la paralysie du voile du palais à gauche, une parésie de la branche inférieure du facial droit, un signe de Chwostek bilatéral et de la paralysie du diaphragme.

L'analyse étiologique des signes neurologiques rattache tous ces troubles nerveux à une rachianesthésie à la novocaïne faite à l'occasion d'une cure radicale de hernie inguinale. Le paquet ganglionnaire préhilaire a pu jouer un rôle favorisant pour la stabilisation définitive de la paralysie du phrénique.

R. souligne la nécessité de faire une sélection rigoureuse parmi les malades proposés pour la rachianesthésie.

L'hypotension artérielle est un signe avertisseur de grande valeur et doit être considéré comme une contre-indication absolue.

Fribourg-Blanc.

ROMANIA MEDICALA
(Budapest)

D. Berceano. ***L'importance du calcium ionisé en thérapeutique*** (*Romania Medicala*, t. XI, n° 8, 15 Avril 1933). — Le calcium se trouve dans l'organisme sous trois aspects chimiques :

1° *Forme anorganique :* les sels de calcium.

2° *Forme semi-organique :* albumines dissociables par dialyse et acides faibles.

3° *Forme organique :* lécithines et lécithinalbumines.

Au point de vue physiologique on peut considérer : la forme de *précipité* inactif dans le squelette et la forme *biologique* active dans les tissus et les humeurs.

Son rôle passif est de contribuer à la solidité du squelette ; son rôle actif d'agir sur la coagulation du sang, de régler l'excitation neuro-musculaire, enfin d'allonger la systole cardiaque.

Dans le sang le calcium se trouve sous trois formes : ions libres non dissociés (surtout bicarbonates) et calcium incorporé à l'albumine, non diffusable. La quantité de ions calciums est remarquablement fixe par un mécanisme régulateur (Hamburger et Brinkmann).

D'après Guillaumin les globules centrifuges non lavés contiennent 20-27 milligr. de Ca par litre, le plasma 100-120 milligr.

Le calcium du plasma se trouve en grande partie combiné aux protéines.

La fraction organique se trouverait incorporée dans les albuminates, facilement dissociables. On leur attribue le rôle de réserve de Ca.

Seules les doses élevées de chlorure de Ca peuvent augmenter la calcémie. Le rôle actif du calcium paraît dû à ses propriétés physiques de stabilisation des colloïdes. Le calcium intervient dans la nutrition cellulaire, dans l'activité des ferments, et surtout l'excitabilité nerveuse et la contractilité musculaire. L'équilibre des ions monovalents Na et Ka, et des ions bivalents Ca et Mg, constitue la caractéristique du milieu humoral ; il agit sur l'activité des organes par son activité sur la perméabilité et l'excitabilité cellulaire.

D'après *Mac Callum*, l'action des purgatifs salins, des sels de sodium, s'expliquerait par une perte correspondante d'ions calciques qui entraîne une hyperexcitabilité neuro-musculaire et un péristaltisme violent. Les sels de calcium ont donc une action *d'inhibition* sur l'excitabilité neuro-musculaire. On sait que le calcium est abaissé dans le rachitisme de 98-75 milligr. pour 1.000 ; de même dans l'ostéomalacie.

L'hypercalcémie s'observe dans tous les états spasmodiques, dans la tétanie. Dans la goutte calcaire pourtant la calcémie est normale. *Le rôle* du calcium total n'est pas admis par la majorité des auteurs ; c'est le calcium ionisé qu'il faut considérer. On peut administrer le calcium sous la forme de sels organiques colloïdaux.

Henri Krauter.

G. Marinesco et C. Teodoresco. ***Sur la pyélographie descendante dans la grossesse*** (*Romania Medicala*, t. XI, n° 8, 15 Avril 1933). — L'influence de la grossesse sur l'appareil urinaire est incontestable. Les premières recherches sur les troubles urinaires dans les infections ont été établies à l'autopsie.

La vessie est repoussée en avant ; le bas-fond vésical et le trigone s'élèvent. Le diamètre vertical augmente.

Les uretères sont étirés en haut et en dehors, leur ouverture vésicale est abaissée d'où résulte leurs allongements.

Dès 1843 Cruveilhier avait démontré que les uretères sont dilatés. L'uretère droit est plus dilaté. Les causes de dilatation des uretères sont multiples : *a*) compression au niveau du détroit supérieur ; *b*) la condure utérine sur les vaisseaux utérins, par la dextrotorsion de l'utérus gravide.

Les reins sont congestionnés, les veines de la capsule adipeuse sont plus volumineuses.

Dans la seconde période de la grossesse on a étudié chez la femme enceinte par la cystoscopie les divers phénomènes, on a trouvé une éjaculation urétérale ralentie, sans force. On a constaté des rétentions urétérales et du bassinet. Le cathéthérisme de l'uretère droit est plus difficile à faire. L'exploration des fonctions rénales a montré : une *polyurie* fréquente à la fin de la grossesse ; la diminution du résidu urinaire, des chlorures et de l'urée, azotémie dans certains cas ; constante d'Ambard parfois augmentée (Bar).

Convelaire a observé l'augmentation de l'azotémie dans le travail prolongé. L'urétéropyélographie ascendante est venue confirmer les recherches antérieures. *Martin* confirme par les injections bismuthées la déviation utérine à droite dans 21 sur 22 cas. *Schickelé* a constaté la dilatation des bassinets ; Kretschmer et Heaney, les dilatations urétérales.

Lévy-Solal et Solomon, De Beaufond, Vandescal et Porcher ont fait les mêmes constatations sur des centaines d'urétéropyélographies ascendantes.

Les frères Schmidt en Allemagne, Lévy-Solal, Dalsace, Misrachi en France ont introduit l'urographie descendante, méthode parfaitement physiologique dont les dates n'influencent aucunement l'anatomie ou la physiologie de l'appareil urinaire ; leurs résultats ne subissent donc pas de contestations.

Les douleurs abdominales s'expliquent dans 1/5 des cas par la dilatation urétérale. Outre le facteur mécanique il existe un trouble musculaire urétéral d'ordre hypotonique.

Strassmann a dénommé cet état : constipation urétérale. Elle se manifeste par des douleurs latérales et l'excrétion retardée du bleu de méthylène. Sa thérapeutique est le cathétérisme urétéral pour prévenir la pyélonéphrite gravidique.

M. et T. rapportent 14 cas. Dans 11 cas sur 14 les bassinets et les calices sont dilatés, donc 9 cas avec prédominence à droite. Dans la majorité des cas les uretères sont dilatés, la vessie est dilatée dans tous les cas. Toutes ces constatations sont appréciables dès le troisième mois de grossesse. Mais il faut considérer aussi, en dehors du facteur mécanique, l'adynamie.

Leurs conclusions peuvent se résumer ainsi :

1° L'urographie descendante est une méthode sans danger et peut être pratiquée de manière ambulatoire.

2° Les images sont très nettes, les radiographies peuvent être prises même après les vingt premières minutes.

3° L'élimination de la substance-contraste peut indiquer jusqu'à certain point la sécrétion rénale.

4° Les modifications anatomiques et physiologiques de l'appareil urinaire sont réelles à partir du troisième mois.

5° Les mouvements fœtaux peuvent fausser les radiographies, d'où la nécessité des radios de contrôle.

6° Ces modifications expliquent la fréquence des infections urinaires chez la femme enceinte et les douleurs uni ou bilatérales dans les cas aseptiques.

Henri Krauter.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE MEDICALE DES HOPITAUX
(Paris)

G. Carrière, Cl. Huriez, Demarez, Leperre et Christiaens. ***L'insuffisance cardiaque au cours de la maladie de Basedow*** (*Gazette médicale des Hôpitaux*, t. CVI, n° 31, 19 Avril 1933). — L'association glucose-insuline constitue un véritable moyen physiologique d'améliorer le fonctionnement du myocarde défaillant, mais on n'obtient des résultats de valeur qu'en appliquant logiquement la méthode, c'est-à-dire en se basant sur la glycémie, seul moyen pratique pour apprécier le métabolisme glucidique des cardiaques, pour déterminer les proportions respectives d'insuline et de glucose à injecter. La voie intra-veineuse semble préférable à la méthode buccale pour l'introduction du glucose.

L'observation complète d'un lot important d'insuffisance cardiaque au cours de la maladie de Basedow montre que les défaillances cardiaques du goitre exophtalmique constituent une des indications majeures de la méthode glucose-insuline. Cette thérapeutique mérite d'être associée à l'iode pour combattre systématiquement les troubles cardiaques des basedowiens.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOLOGIE
(Paris)

Sézary et de Font-Réaulx. ***La névrite optique de l'arsenic pentavalent*** (*Annales de dermatologie et de syphilologie*, t. IV, nos 4 et 5, Avril et Mai 1933). — Alors que l'arsenic trivalent (arsénobenzènes) est pratiquement inoffensif pour le nerf optique aux doses auxquelles on l'utilise, l'arsenic pentavalent (dérivés de l'acide arsinique) peut causer des troubles oculaires graves.

Ceux-ci ont été signalés avec l'atoxyl, la tryparsamide, plus rarement avec l'hectine, l'acétylarsan, le stovarsol sodique, l'orsanine.

On peut noter une baisse de l'acuité avec rétrécissement du champ visuel sans scotome. Au bout de quelque temps, les troubles augmentent et peuvent aboutir à la cécité et à l'ophtalmoscope on note une papille blanche d'atrophie optique.

Ces sels pentavalents sont donc particulièrement toxiques pour le nerf optique, en raison de leur composition chimique même et non de leur teneur en As.

Les doses fortes et massives, rarement répétées, ainsi que les doses même faibles, mais très rapprochées, sont dangereuses, indépendamment de la dose totale administrée par série d'injections. Le terrain offert par l'organisme est un facteur important ; une altération profonde de l'état général du malade, l'insuffisance rénale ou hépatique, l'intoxication alcoolique, une lésion du système nerveux central et surtout de la rétine et du nerf optique favorisent la complication oculaire.

Certains auteurs ont soutenu la nature toxique de la névrite optique arsenicale, d'autres la réactivation. Parfois il existe une cause prédisposante, une lésion antérieure du nerf qui le fragilise et le rend plus sensible, comme chez les tabétiques et les paralytiques généraux.

La névrite optique arsenicale peut être grave, évoluant vers une cécité définitive ; mais par contre certains sujets n'ont que des troubles oculaires légers, troubles subjectifs (phosphènes), sans aucun trouble fonctionnel. Parfois il persiste un rétrécissement du champ visuel et une diminution de l'acuité plus ou moins marquée.

Avant donc d'employer un arsenic pentavalent, il faut chercher s'il peut être appliqué sans danger ; on le rejettera en cas de lésion antérieure du nerf optique, de tabes, d'insuffisance rénale ou hépatique.

Il faut ensuite employer le médicament à une dose suffisante, mais non nocive, en utilisant la voie sous-cutanée ou intramusculaire, en tâtant la susceptibilité du sujet par des doses faibles au début, en espaçant suffisamment les injections. On arrêtera le traitement s'il se produit des troubles oculaires.

Quand la névrite est constituée, on pourra recourir aux injections intraveineuses d'une solution d'hyposulfite de soude de 20 pour 100 (10 à 20 cmc) qui peuvent donner de bons résultats.

R. Burnier.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE
(Paris)

J. Voron et H. Pigeaud. ***Syndromes d'albuminuries graves à forme hydropigène au cours de la gestation*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. XXVII, n° 4, Avril 1933). — L'étude attentive des malades présentant un syndrome d'albuminurie grave au cours de la gestation a conduit les auteurs à penser qu'il serait suggestif de classer les faits observés en se fondant sur l'analyse des syndromes associés à l'albuminurie.

La définition du terme « albuminurie *grave* » est difficile : chez certaines femmes, l'examen montre l'existence d'un syndrome prééclamptique ; chez d'autres, avec un début moins dramatique, il y a taux élevé et ténacité de l'albuminurie (plusieurs grammes), associés en général à l'existence d'œdèmes importants; chez d'autres, on constate une augmentation du taux de l'urée dans le sérum, ou, encore, une hypertension manifeste. On peut donc, étant donné une malade qui présente une albuminurie importante et persistante au cours de la grossesse, essayer de la classer dans une catégorie spéciale du fait de ces syndromes associés : suivant la classification de Widal, on peut distinguer des albuminuries avec chlorurémie, des albuminuries avec hypertension, des albuminuries avec hyperazotémie. Mais, chez des femmes enceintes, cette classification est rendue très difficile pour les raisons suivantes : c'est qu'on voit 1° des malades dont les accidents peuvent être rapportés à une néphrite chronique de date ancienne; 2° d'autres qui ne présentaient pas d'albuminurie au début de la grossesse, mais qui, dans leurs antécédents, ont eu une maladie infectieuse susceptible d'avoir lésé le rein (léger degré de déficience rénale latente, mise en évidence par la grossesse); 3° d'autres femmes enfin qui ne rentrent dans aucune des catégories précédentes et dont les accidents sont la première manifestation pouvant faire penser à une atteinte des fonctions rénales.

Les auteurs ont relevé, au cours d'une période de trois ans parmi leurs hospitalisées, 6 observations de femmes ayant présenté au cours de leur gestation une albuminurie associée à des signes manifestes de rétention chlorurée, sans hyperazotémie et sans hypertension notable (albuminurie accompagnée d'un syndrome hydropigène pur). Au point de vue étiologique, on ne trouve chez ces malades aucun signe certain d'atteinte rénale ancienne.

Au point de vue des accidents qu'il est classique de mettre sur le compte d'une gestose et qui rentrent dans le groupe de l'éclampsisme, les auteurs notent chez ces femmes la fréquence des accidents prééclamptiques et éclamptiques, ainsi que des troubles sensoriels graves qui ont été observés chez 50 pour 100 de leurs malades. Dans tous les cas, les malades se sont trouvées très améliorées après l'accouchement et sont sorties du service en parfait état, avec une diminution considérable du taux de l'albuminurie et une disparition complète des œdèmes. Il semble, donc, que la forme chlorurémique prédispose aux accidents du type éclamptique; la gravité des accidents chez de telles malades, qui, encore une fois, ne présentent ni hypertension notable, ni hyperazotémie, est bien moindre que celle constatée chez des femmes présentant au cours de la gestation une albuminurie accompagnée d'hypertension.

Le plus souvent l'accouchement a lieu spontanément de façon très prématurée (plus de quinze jours avant terme). Dans ces cas, l'enfant, de poids très inférieur à la normale, est toujours né vivant et est sorti vivant du service.

Deux fois sur dix, l'accouchement s'est déroulé au voisinage du terme : les deux enfants sont morts, l'un avant l'accouchement, l'autre pendant le travail. Il semble, donc, que, chez de semblables malades, le pronostic fœtal ne soit pas particulièrement sombre puisque 4 enfants sur 6 sont nés vivants et vigoureux malgré leur faible poids. Le pronostic doit du reste pouvoir être amélioré par la mise en œuvre opportune d'une interruption de la grossesse, l'expérience semblant montrer que la prolongation de la gestation est plus dangereuse pour l'enfant que la naissance avant terme.

Henri Vignes.

LYON MÉDICAL

F.-J. Collet. ***L'horaire de la douleur dans les sinusites frontales*** (*Lyon Médical*, t. CLI, n° 14, 2 Avril 1933). — Au cours d'une sinusite frontale, soit aiguë, soit réchauffée, on peut observer un type très particulier de douleurs paroxystiques débutant vers 9 heures du matin et occupant toute la matinée, se prolongeant plus rarement au delà. Cette exacerbation douloureuse concorde avec une hypersécrétion dans la cavité sinusale se traduisant par une augmentation de la rhinorrhée et, dans un cas, l'issue de pus par une fistule.

Cet horaire de prédilection serait en rapport avec le lever dans la plupart des cas et sous la dépendance de deux facteurs dont il est difficile de faire la part respective : le passage de la position déclive à la position verticale et la vaso-constriction cutanée produite par le froid extérieur et particulièrement le refroidissement plantaire. On connaît l'accès matutinal d'hydrorrhée avec éternuement chez les personnes qui sont sujettes au refroidissement plantaire : à la vaso-constriction cutanée correspond une vaso-dilatation profonde, notamment celle de la muqueuse des fosses nasales avec hyperfonctionnement de ses glandes.

Cette modalité dans l'horaire de la douleur n'est pas constante dans la sinusite frontale ; il existe un autre type : douleur continue aggravée quand le sujet baisse la tête ou après les secousses de la toux. Mais la douleur matinale est caractéristique et très particulière à la sinusite frontale. On ne l'observe pas dans la sinusite maxillaire pure peut-être parce qu'on a peu l'occasion d'observer la sinusite maxillaire aiguë, mais plutôt parce que le passage de la position horizontale à la position verticale ne met pas le pus plus étroitement en contact avec l'ostium maxillaire, celui-ci n'occupant pas une situation déclive et ayant un trajet très court. L'horaire de la douleur frontale peut apporter un appoint utile au diagnostic différentiel, notamment avec les névralgies.

Robert Clément.

Ch. Clavel et **M. Vidal.** ***Les séquelles appendiculaires de la fièvre typhoïde*** (*Lyon Médical*, t. CLI, nº 18, 30 Avril 1933). — Chez un jeune homme de 16 ans est survenue, six mois après une fièvre typhoïde, une crise d'appendicite aiguë qui se répéta huit mois plus tard. L'intervention montra un appendice rétro-cæcal sténosé à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen sans réaction péritonéale. Dans la cavité de la portion terminale de l'appendice, on trouva, par culture, des bacilles typhiques. Il est vraisemblable que, dans ce cas, c'est bien le bacille typhique qui fut la cause de l'appendicite, quoiqu'il puisse exister dans l'appendice, comme dans le reste du tube digestif, comme un hôte banal, longtemps après la fièvre typhoïde.

L'appendice, comme la vésicule biliaire, peut servir de réservoir au bacille d'Eberth, il demande à être surveillé de très près après une fièvre typhoïde et l'on doit prendre des précautions pour éviter toute contamination en ouvrant la pièce opératoire.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

M. Perrin et **A. Cuenot.** ***Rhumatisme et venin d'abeilles*** (*Revue médicale de l'Est*, t. LXI, nº 7, 1er Avril 1933). — Sur 19 sujets atteints de rhumatisme déformant, ou de douleurs rhumatoïdes, ou de lumbago, ou de sciatique, P. et C. ont essayé les piqûres d'abeilles. Ils ont recueilli sans peine des abeilles dans un rucher et les ont appliquées une à une, en les tenant avec une pince à disséquer sans mors, sur la région anatomique choisie. Il est nécessaire d'utiliser les abeilles rapidement après leur capture; au bout de cinq à six heures elles s'engourdissent et finissent par mourir, surtout si la température est fraîche. Il y a intérêt à grouper les piqûres sur une surface cutanée aussi petite que possible et dans la zone douloureuse. Lorsqu'il s'agit de traiter une affection générale (polyarthrite déformante) il faut choisir une région accessible, car, malgré le nettoyage soigneux de la peau à l'éther, et la relative propreté des abeilles qui ne se posent que sur les fleurs, la piqûre d'abeille est septique.

On peut aussi préparer une macération aseptique de venin d'abeilles, qui est injectée ensuite dans le derme ou sous la peau. Les résultats thérapeutiques sont en tous points comparables à ceux obtenus par la piqûre directe d'abeille vivante.

Pour tâter la susceptibilité du malade, P. et C. ne font d'abord qu'une seule piqûre. Dans les séances suivantes, ils augmentent le nombre de piqûres de 5 unités par séance. Lorsqu'il se produit des vomissements, de la diarrhée, des lipothymies, de l'insomnie, de l'urticaire, de l'abattement, on a atteint la limite de résistance du sujet, il faut réduire les doses. Ils conseillent d'espacer d'au moins trois jours les applications d'abeilles.

Les piqûres d'abeilles sont susceptibles d'améliorer les malades atteints de rhumatisme déformant, d'algies rebelles ou de séquelles douloureuses de traumatismes, mais les résultats sont inconstants. Elles jouissent de propriétés révulsives et analgésiques ; elles peuvent avoir des effets toniques. On ignore encore auquel de ses éléments constitutifs le venin d'abeilles doit ses effets thérapeutiques, de même que les motifs des succès et des insuccès.

Robert Clément.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Kogoj. ***Essais de traitement par le solusalvarsan*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, nº 15, 15 Avril 1933). — K. relate ses essais de traitement avec un nouveau composé arsenical allemand, le solusalvarsan ou diacétylamino-oxyarsénobenzol-glycolate de soude.

Les injections se font dans les muscles à la dose de 1 cmc la première fois, puis 2 fois 2 cmc, 3 fois 3 cmc, 4 fois 4 cmc, et 3 fois 5 cmc; les injections ont lieu tous les 2 jours la première semaine et ensuite 2 injections par semaine; la dose totale est de 40 à 50 cmc. Les injections sont ordinairement bien supportées. En tout cas, elles sont moins douloureuses que le myosalvarsan.

On peut noter, après les injections, une poussée fébrile, surtout après la première ou la deuxième, parfois une réaction de Herxheimer. On peut aussi observer des éruptions érythémateuses, morbilliformes ou scarlatiniformes ou urticariennes.

Le résultat obtenu sur les diverses manifestations syphilitiques primaires, secondaires ou tertiaires est très satisfaisant.

On peut aussi associer le solusalvarsan avec les autres médicaments antisyphilitiques : bismuth, mercure, iodures ou, dans les syphilis anciennes et résistantes, avec les médications non spécifiques : arthigon, lait.

R. Burnier.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA
(Sydney)

Lucy M. Bryce. ***Hypersensibilité à l'insuline*** (*The Medical Journal of Australia*, XXe année, t. 1, nº 12, 25 Mars 1933). — B. rapporte en détail l'observation d'une diabétique de 48 ans chez qui l'injection d'insuline amena le cinquième jour une violente réaction locale à type œdémateux. Après l'essai de 3 préparations différentes, l'insulinothérapie fut abandonnée.

Des intradermo-réactions avec 1/20 de cmc de 5 préparations d'insuline contenant toutes 40 unités par centimètre cube, donnèrent en 10 minutes une large plaque érythémateuse en même temps qu'apparaissaient du tremblement, du larmoiement, une légère cyanose, des nausées et une sensation de constriction thoracique. L'administration d'adrénaline fit disparaître les symptômes. Cette recherche montre que la dose employée, si faible soit-elle, dépassait la tolérance de la malade. Pour mesurer le degré de sa sensibilité, on pratiqua des injections intra-dermiques de 1/10 de cmc d'une dilution telle que la dose injectée représentait 1 millionième d'unité. L'injection fut suivie immédiatement d'une tache érythémateuse avec léger gonflement central; il n'y eut pas de réaction générale. On peut considérer que cette réaction représente la limite de sensibilité de la malade à l'insuline. L'emploi de dilutions différentes montra que la réaction était directement proportionnelle à la quantité d'insuline et non au volume de l'injection; les différentes espèces d'insuline essayées donnèrent des réactions analogues.

La désensibilisation fut entreprise avec des doses progressivement croissantes et l'on parvient à faire supporter à la malade une dose thérapeutique d'insuline sans provoquer de réaction générale.

Il est probable que dans ce cas il s'agissait de sensibilisation et d'intolérance à l'insuline elle-même plutôt qu'aux substances étrangères qui l'accompagnent dans les préparations commerciales.

Robert Clément.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Vienne)

Brünner-Ornstein. ***Contribution au diagnostic et au traitement des troubles de la déglutition*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, nº 12, 24 Mars 1933). — Les dysphagies d'origine œsophagienne seront différenciées les unes des autres, grâce à la radioscopie et au cathétérisme, qui, pratiqué suivant la technique que décrit B.-O., constitue une véritable « palpation indirecte ». Ce cathétérisme, par bougie se déplaçant le long d'un fil conducteur, est contrôlé par la radioscopie. Le diagnostic capital est, bien entendu, celui du cancer de l'œsophage, parfois difficile à séparer du spasme du cardia qui s'accompagne d'un rejet de salive ; l'hypotonie de l'œsophage donne lieu au même tableau clinique que le cardiospasme, mais montre à la radio l'abolition du péristaltisme habituel, et la lenteur de la migration de la bouillie barytée ; les diverticules accompagnent parfois le cardiospasme et sont souvent méconnus et considérés comme des troubles d'ordre hystérique.

G. Basch.

Kraul. ***Sur le diagnostic précoce de la gestation*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, nº 18, 5 Mai 1933). — K. rappelle la technique de la réaction d'Aschheim-Zondek et les modifications apportées à cette méthode par les divers auteurs qui y ont consacré leurs recherches. Il passe ensuite en revue et critique les différents signes cliniques et insiste sur l'importance de l'existence, au niveau du corps utérin, d'une zone de consistance variable au cours de l'examen, plus molle et plus imprécise à certains moments et correspondant à des contractions de la musculature. Dans ce cas la seule cause d'erreur est l'existence d'un myome sous-péritonéal.

Un kyste, en particulier un kyste du corps jaune avec aménorrhée, peut être considéré à tort comme une gestation, sa mobilité relative par rapport à l'utérus étant interprétée comme un signe de Hégar positif. Enfin certains myomes peuvent être aussi ramollis et imbibés qu'un utérus gravide, si bien que même après ouverture de l'abdomen le diagnostic est difficile ; dans un cas semblable, on peut faire une injection intraveineuse de 1/2 cmc de pituitrine qui provoque des contractions visibles de l'utérus s'il est gravide.

Le simple volume de l'utérus est souvent des plus trompeurs : soit qu'il s'agisse d'un utérus antérieurement infantile, ou, au contraire, toujours anormalement gros, ou d'un utérus augmenté de volume par suite d'une gestation *extra*-utérine (toujours à rechercher).

En tous les cas il ne faut pas hésiter, s'il y a doute, à pratiquer un nouvel examen à une semaine de distance. S'il n'est pas décisif, c'est la réaction biologique qui tranchera le diagnostic.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Kirsch. ***Sur la durée de l'immunité anti-variolique après vaccination intradermique*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, nº 15, 8 Avril 1933). — K. répond à un article de Kunidratitz paru dans la même revue et réfute certaines attaques de celui-ci concernant la valeur de ses travaux antérieurs. Il rappelle qu'il a été à même de revacciner, dans un laps de temps de deux années, 329 enfants de 5 à 7 ans, parmi lesquels 36 avaient eu une première vaccination par voie intradermique, et 293 une première vaccination par scarification cutanée. Ses conclusions formelles sont que l'immunité acquise après vaccination par la méthode de scarification est nettement plus efficace et plus durable que celle conférée par la méthode des inoculations intradermiques.

G. Basch.

Kästenbaum. ***Réflexe vulvo-vaginal et frigidité*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, nº 19, 6 Mai 1933). — Ce réflexe, déjà observé par quelques auteurs, consiste en une contracture en éclair des releveurs de l'anus et du

constricteur de la vulve, il est déclanché par l'excitation tactile ou le simple nettoyage avec un tampon d'ouate humide de certaines parties des organes génitaux externes: le méat urétral (42 pour 100 des cas), le clitoris (40 pour 100 des cas), l'orifice du vagin (10 pour 100 des cas). Les petites lèvres et la région périanale sont beaucoup plus rarement l'origine de ce réflexe qui peut être de vivacité variable, ou faire défaut, ou être accompagné par une contraction des muscles des cuisses, du ventre, etc... K. interprète le réflexe vulvo-vaginal non comme un réflexe de défense, mais comme un réflexe voluptueux.

Dans les cas de frigidité absolue, le réflexe vulvo-vaginal manque toujours (12 cas sur 20.000). Pour K. la frigidité relève d'un trouble du développement, soit qu'il s'agisse de sujets atteints d'infantilisme génital, soit que les organes génitaux et le cycle menstruel étant normaux, et les sujets étant même susceptibles de procréer, il y ait cependant un trouble du développement des voies nerveuses conduisant aux centres médullaires et cérébraux ou de ces centres eux-mêmes.

K. attache également de l'importance aux variations d'intensité du réflexe vulvo-vaginal. Augmenté, il traduit une excitabilité génitale excessive, à calmer par les divers procédés thérapeutiques; diminué il peut faire penser à une frigidité dans les rapports sexuels normaux, et à l'onanisme, ou encore à des troubles endocriniens. Enfin l'étude du réflexe vulvo-vaginal aurait son intérêt quand l'origine d'une stérilité n'est pas retrouvée.

G. Basch.

Kerpel. ***Accidents mortels par électrocution au cours d'examens radiologiques*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, n° 20, 13 Mai 1933). — A propos de 2 cas relatés dernièrement et dans lesquels deux patients soumis à l'examen radiologique trouvèrent la mort, cependant que les médecins étaient grièvement brûlés, K. étudie les diverses conditions dans lesquelles peuvent se produire de semblables accidents : il élimine aussitôt les erreurs de technique et n'envisage que les méfait dus à la haute tension. Le gros danger résulte du défaut d'isolement, le courant passant à travers le corps pour aller à la terre. K. envisage les diverses mesures de sécurité destinées à éviter le circuit à la terre et le court-circuit; de même sont dangereux les courants « vagabonds » dus à un défaut d'isolement ou à l'humidité. La mort peut survenir soit de façon instantanée, soit au bout de quelques minutes, soit en deux temps, après une courte reprise de connaissance, soit enfin après une rémission de quelques heures ou de quelques jours (Jellinek). Il semble que le courant électrique tue par l'action qu'il exerce sur le système nerveux central, suspendant par son intermédiaire le rôle des organes vitaux. De plus, la tolérance vis-à-vis des accidents de cet ordre est très variable suivant les sujets, étant d'autant moins grande que les tares organiques sont plus accentuées et la résistance psychique plus affaiblie. Quant aux conditions de l'accident, il s'agit toujours du contact simultané entre un objet métallique et un courant électrique mal isolé.

G. Basch.

THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY (Boston)

Thomas F. Wheeldon. ***Extraits spléniques dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires*** (*The journal of bone and joint surgery*, t. XV, Avril 1933). — Dans cet article où abondent radiographies et tableaux synoptiques, W... vient affirmer le rôle bienfaisant des extraits spléniques (extrait aqueux administré par voie buccale) dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires. L'administration d'extraits spléniques amènerait une chute de la fièvre. On noterait en outre une amélioration très nette des réactions locales, de la croissance, du poids et de l'appétit de ces malades. Les extraits agiraient aussi sur la formule sanguine et écourteraient l'évolution de l'affection. W... se déclare incapable de fournir une explication du mode d'action de ces extraits.

Alain Mouchet.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

M. H. Natanson. ***Effet de divers médicaments sur l'arrêt du cœur provoqué par la compression du sinus carotidien*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 3, Mars 1933). — Bien des recherches ont été consacrées déjà à l'étude de l'effet des médicaments sur la rythmicité du myocarde. Ce problème a une grande importance pratique puisque l'arrêt subit du cœur se produit d'ordinaire du fait que cet organe se trouve privé du mécanisme qui déclenche l'excitation nécessaire à son fonctionnement. Cette condition se réalise souvent dans les arrêts cardiaques de l'anesthésie, du shock, de l'asphyxie des nouveau-nés et dans l'asystolie ventriculaire liée au bloc complet du cœur.

La méthode proposée par N., qui consiste à provoquer chez l'homme l'arrêt du cœur par compression du sinus carotidien, permet, mieux qu'il n'a été possible jusqu'ici, de contrôler directement et avec précision l'effet des divers médicaments sur la contractilité rythmique du muscle cardiaque humain. N. a vu que beaucoup de personnes répondent à cette compression de façon répétée par un type constant de réaction, consistant en un arrêt prolongé du cœur, dû à l'inhibition du nœud sinusal provoquée par l'excitation du vague. Chez certains sujets, à côté de ce type de réponse, on peut voir d'autres fois la période d'inactivité du cœur interrompue par la formation de nouveaux centres d'excitation dans la jonction auriculo-ventriculaire ou dans les ventricules. Chez les sujets du premier groupe l'arrêt du cœur dépend de deux facteurs : suppression temporaire du nœud sinusal, privant le cœur de son entraîneur habituel ; absence de formation de nouveaux centres d'excitation. Seuls ces sujets permettent l'étude de l'effet des médicaments sur la contractilité rythmique du cœur. Si la mise en œuvre du médicament supprime l'arrêt prolongé en déterminant l'apparition du rythme ectopique, on peut en conclure que ce médicament augmente la fonction rythmique du myocarde.

Ayant choisi des sujets répondant par un arrêt cardiaque très prolongé à la compression du sinus carotidien, N. a étudié les modifications présentées par l'électrocardiogramme sous l'influence de diverses drogues.

L'atropine, en agissant sur le vague, est capable de supprimer le réflexe exagéré du sinus carotidien.

Parmi les drogues agissant sur la fonction rythmique du cœur, l'adrénaline exerce un effet particulièrement puissant sur le mécanisme déclenchant l'incitation des ventricules ; elle s'oppose de façon constante à l'arrêt du cœur en déterminant la production d'un rythme idioventriculaire. La stimulation de la rythmicité cardiaque due à l'adrénaline a disparu une heure après l'injection sous-cutanée, mais l'effet reparaît si l'on masse l'endroit de l'injection. Ces faits confirment les heureux résultats donnés en clinique par ce médicament en injection intracardiaque lors de l'arrêt du cœur.

Par contre l'éphédrine n'eut pas d'action chez un sujet qui répondait constamment à l'adrénaline par la production d'un rythme idioventriculaire ; mais ce fait isolé demande confirmation.

Le chlorure de baryum supprima l'arrêt du cœur dans un cas en déterminant la formation d'un nouveau centre d'excitation dans les oreillettes, et dans un autre cas en déclenchant un rythme idioventriculaire.

Le gluconate de calcium se montra sans effet sur l'arrêt du cœur.

La digitale prolongea de façon marquée la période d'arrêt cardiaque, effet qui fut supprimé par l'atropine.

La caféine à base thérapeutique n'exerça pas d'influence sur la durée de l'arrêt du cœur.

P.-L. Marie.

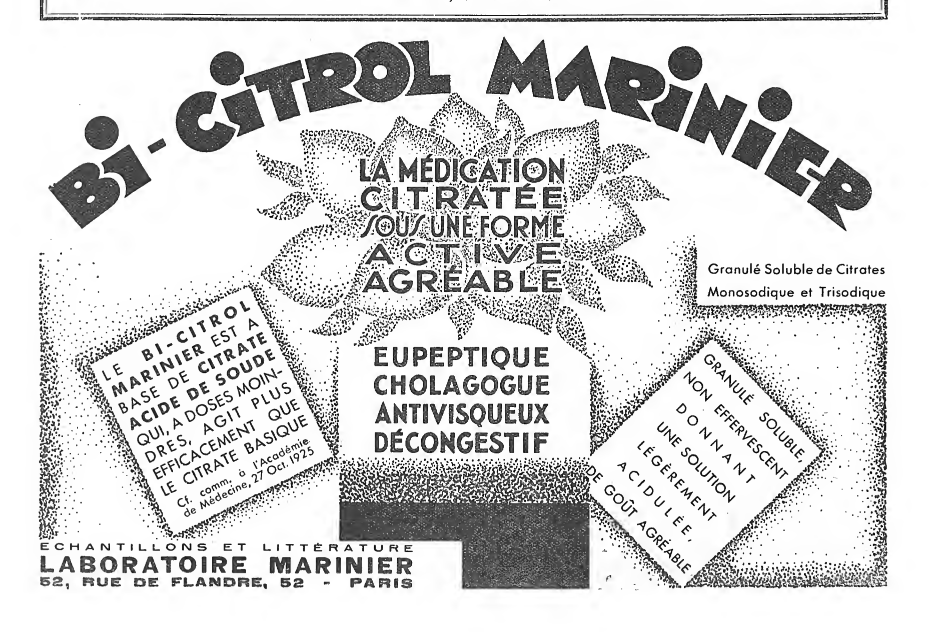
C. W. Heath. ***L'administration de fer par voie buccale dans l'anémie hypochrome*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 3, Mars 1933). — Malgré toutes les recherches de ces dernières années on est encore peu fixé sur les préparations martiales les plus efficaces et sur la posologie à adopter. On sait cependant que les préparations minérales sont plus actives que les composés organiques et que les sels ferreux doivent être préférés aux sels ferriques.

Ce travail est basé sur l'étude hématologique de 88 cas d'anémie hypochrome, sélectionnés soigneusement parmi d'autres anémiques en raison de la façon satisfaisante dont ils répondaient au traitement ferrugineux (augmentation d'hémoglobine atteignant au moins 1 pour 100 par jour et amélioration clinique manifeste). Ces anémies avaient une étiologie variée et souvent multiple (anémies par spoliation chronique de sang, par fautes d'alimentation, par troubles gastro-intestinaux, chlorose, etc., à l'exception d'anémies dues primitivement à des tumeurs malignes, à des néphrites, à des infections graves, etc., que l'on sait s'opposer à l'action du fer dans les anémies hypochromes). Pour apprécier l'activité de la médication, le pourcentage des réticulocytes, le chiffre des hématies et le taux de l'hémoglobine furent déterminés quotidiennement. Le fer fut donné sous forme de citrate de fer ammoniacal ou de carbonate ferreux. De longues périodes de contrôle sont nécessaires pour arriver à des conclusions valables.

H. indique une épreuve arbitrairement choisie, trop complexe pour être résumée ici, qui permet d'apprécier quantitativement la réponse hématopoïétique au fer et les bonnes proportions de la posologie choisie. Il décrit en outre une méthode comparative plus simple, destinée à établir la valeur respective de diverses préparations ferrugineuses.

Comme le montrent ces épreuves, la dose optimum de fer varie considérablement dans l'anémie hypochrome chez les différents sujets. D'une façon générale, les petites doses sont moins efficaces que les grosses (équivalant à 1 gr. de fer métal et plus). D'autre part, la même dose de fer sous forme de sel ferreux se montre plus active que sous forme de sel ferrique. L'état physique sous lequel le fer est administré joue aussi un rôle : la forme poudre est plus favorable que la forme pilules. Le pourcentage d'utilisation du fer ingéré, exprimé par la quantité totale de fer gagné présent dans l'hémoglobine en circulation, varie en proportion inverse des doses administrées. Cette utilisation peut atteindre 50 pour 100 pendant la période où l'hémoglobine augmente rapidement, quand la dose ingérée est petite, les grosses doses étant naturellement moins bien utilisées. L'utilisation fut en moyenne de 3.4 pour 100 dans l'ensemble des cas durant la phase complète de guérison, s'élevant à 11 pour 100 pendant les trente premiers jours du traitement. Le pourcentage d'utilisation est moindre dans l'anémie idiopathique hypochrome (chlorose) que dans les anémies hypochromes non compliquées dues à une perte chronique de sang, ce qui semble tenir à l'anachlorhydrie des chlorotiques.

Les malades atteints d'anémie hypochrome idio-


BI-CITROL MARINIER
LA MÉDICATION CITRATÉE SOUS UNE FORME ACTIVE AGRÉABLE
Granulé Soluble de Citrates Monosodique et Trisodique
LE BI-CITROL MARINIER EST A BASE DE CITRATE ACIDE DE SOUDE QUI, A DOSES MOINDRES, AGIT PLUS EFFICACEMENT QUE LE CITRATE BASIQUE
Cf. comm. à l'Académie de Médecine, 27 Oct. 1925
EUPEPTIQUE
CHOLAGOGUE
ANTIVISQUEUX
DÉCONGESTIF
GRANULÉ SOLUBLE, NON EFFERVESCENT DONNANT UNE SOLUTION LÉGÈREMENT ACIDULÉE, DE GOÛT AGRÉABLE
ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRE MARINIER
52, RUE DE FLANDRE, 52 - PARIS

pathique (chlorose) ont d'ordinaire besoin d'un traitement martial indéfiniment prolongé. Dans ces cas la dose d'entretien est généralement plus faible que la dose nécessaire au début pour obtenir le maximum de régénération sanguine, mais elle varie selon les sujets.

Il est assez fréquent d'observer avec le citrate de fer ammoniacal des symptômes toxiques (coliques avec diarrhée au début, puis constipation avec nausées, vomissements), mais ils sont en général peu inquiétants. Néanmoins on commencera par des doses modérées (2 gr. de citrate de fer ammoniacal par jour par exemple) pour atteindre graduellement les doses élevées (6 gr. équivalant à 1 gr. de fer métal). H. a pu administrer sans incident une dose double.

L'adjonction de sels de cuivre au traitement martial ne semble pas avoir d'influence favorable appréciable dans l'anémie hypochrome des adultes ; H. la déconseille de façon générale.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Stratton. ***Cutis verticis gyrata*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 3, Mars 1933). — Unna a décrit en 1907, sous le nom de *cutis verticis gyrata*, un aspect spécial plissé du cuir chevelu, dû à la laxité de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent. Environ 150 observations ont été publiées depuis cette époque dans la littérature.

Au point de vue de l'anthropologie et de l'anatomie comparée, on peut regarder cette lésion comme une anomalie réversive, qui s'observe normalement chez certains animaux: lions, tigres, pumas, bull dogs.

Sainz de Aja rapproche la *cutis verticis gyrata* de Unna de la *dermatolysis* d'Alibert, l'aspect décrit par Unna représentant le type abortif et l'aspect décrit par Alibert la lésion dans son plus grand développement.

Fischer a divisé le type décrit par Unna en plusieurs groupes: 1° les formes qui sont dues à des altérations inflammatoires; 2° celles qui sont dues à une hypertrophie anormale et sans doute congénitale du tissu conjonctif; 3° celles qui sont causées par des tumeurs, telles que fibromes, neurofibromes et nævi ; 4° les altérations du cuir chevelu dues à la prolifération des tissus comme on l'observe dans certaines maladies: acromégalie, myxœdème, leucémie.

A côté de ces formes symptomatiques, Fischer admet une véritable *cutis verticis gyrata*, qui ne rentre pas dans les cas précédents.

S. rapporte un cas de cette lésion qui rentre dans le premier groupe de Fischer: le type inflammatoire. Il s'agit d'un garçon de 11 ans dont le cuir chevelu était normal et qui présenta une série de plissements antéro-postérieurs à la suite d'une érythrodermie arsenicale généralisée avec streptococcémie.

R. Burnier.

Chambers et Koetter. ***Kératose blennorragique*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 3, Mars 1933). — Un homme de 26 ans fut atteint au cours de sa deuxième blennorragie d'une conjonctivite métastatique bilatérale, sans présence de gonocoques, d'une arthrite très douloureuse du genou et du cou-de-pied gauche et d'une éruption localisée aux genoux, aux mains et à la plante des pieds, évoluant par poussées avec fièvre.

Chaque lésion élémentaire cutanée évoluait d'abord comme une papule, puis devenait pustule, s'ombiliquait et se recouvrait d'une croûte centrale qui s'élargissait, se desséchait et laissait une pigmentation brunâtre.

Il existait également des lésions des muqueuses, sous forme de papules, rouges et érosives, de la muqueuse buccale, du voile du palais et de la langue.

Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien furent négatifs au point de vue syphilis. Mais la réaction de fixation pour la blennorragie fut fortement positive.

On ne put déceler le gonocoque ni dans les cultures du sang ni dans celles des lésions cutanées.

R. Burnier.

Stillians. ***Nævo-épithélioma adénoïde (cylindrome) du cuir chevelu*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 3, Mars 1933). — S. rapporte 2 cas de ces tumeurs conglomérées du cuir chevelu qui ont été étudiées sous des dénominations multiples.

On pensait autrefois qu'elles dérivaient de l'endothélium, d'où les noms de hémangiosarcome, lymphangiosarcome, endothéliome et périthéliome qui leur avaient été données.

Billroth les appela cylindromes ou épithéliomas en tubes hyalins.

Actuellement, on classe les cylindromes parmi les épithéliomas baso-cellulaires à structure mixte, qui tirent leur origine, tantôt de l'épithélium, tantôt du follicule pileux. Hoffmann a proposé de les appeler *nævo-épithéliomas adénoïdes*.

Les épithéliomas multiples bénins kystiques et les syringomes appartiennent au même groupe.

Ces tumeurs s'observent surtout chez la femme: sur 45 cas, on note seulement 16 hommes pour 29 femmes. Elles sont le plus souvent héréditaires.

R. Burnier.

Taussig. ***Le syndrome de Senear-Usher*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 3, Mars 1933). — En 1926, Senear et Usher ont décrit chez 11 malades un syndrome caractérisé par un lupus érythémateux plus ou moins typique de la face, associé à une éruption séborrhéiforme du cuir chevelu et de la face et à une éruption de bulles superficielles du tronc. Les membres sont peu ou pas atteints. L'évolution des lésions est le plus souvent bénigne. En raison de cette évolution bénigne et de la dissémination des lésions, les auteurs ont hésité à classer ces faits parmi le lupus érythémateux disséminé, ordinairement beaucoup plus grave.

T. a observé chez une jeune fille de 34 ans un syndrome de ce genre. On notait un lupus érythémateux de la face apparu il y a trois ans, une éruption séborrhéiforme du cuir chevelu, de la face et de l'ombilic, et une éruption vésiculo-bulleuse et croûteuse du tronc. On a cherché avec soin, mais sans résultat, un foyer pyogène ou tuberculeux.

On a beaucoup discuté pour savoir si le syndrome de Senear-Usher était une entité véritable et devait être rangé parmi les lupus érythémateux disséminés bulleux; mais cette forme de lupus érythémateux est ordinairement grave, souvent mortelle, contrairement aux cas de Senear et Usher. S'agit-il simplement d'une coexistence de lupus érythémateux et de pemphigus, de lupus érythémateux pemphigoïde, suivant l'expression de Wise.

T. pense que chez sa malade on est en présence d'un lupus érythémateux chronique au cours duquel apparut une forme bénigne de pemphigus. Peut-être s'agit-il d'une éruption toxique qui a pris la forme de lupus érythémateux discoïde à la face et d'éruption bulleuse au tronc. L'aurothérapie a donné de bons résultats sur le lupus érythémateux; elle n'a pas modifié les lésions bulleuses.

R. Burnier.

Wise et Sulzberger. ***Eruptions médicamenteuses; les éruptions fixes dues à la phénolphtaléine*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 4, Avril 1933). — Les éruptions médicamenteuses peuvent revêtir des aspects divers:

1° Eruptions eczémateuses avec érythème, vésiculation, desquamation, causées par la quinine, procaïne, éphédrine, les mercuriaux et parfois les arsénobenzènes.

2° Eruptions urticariennes dues à la belladone : atropine, morphine, phénolphtaléine.

3° Eruptions à type d'érythème polymorphe: phénolphtaléine, antipyrine, salicylates.

4° Eruptions érythémato-squameuses, ou purement érythémateuses, scarlatiniformes, morbilliformes, dermatite exfoliatrice: arsenic, arsénobenzènes, belladone, balsamiques, métaux lourds.

5° Eruptions à type d'érythème noueux: iodides, bromides.

6° Eruptions acnéiformes, furonculeuses ou érysipéloïdes : bromides, iodides, chlorine, huiles et goudrons.

7° Eruptions ulcéreuses et végétantes : iodides et bromides.

8° Eruptions purpuriques : iodides, arsénobenzènes, balsamiques.

9° Eruptiones fixes et circonscrites, érythémateuses ou bulleuses et pigmentées polychromatiques : phénolphtaléine, antipyrine et parfois arsénobenzènes.

W. et S. ont étudié particulièrement les *éruptions fixes* dues à la phénolphtaléine au point de vue de la sensibilisation cutanée.

Ils ont fait d'abord des intradermo-réactions avec une solution de phénolphtaléine sur des peaux normales et sur d'autres qui avaient déjà eu antérieurement une éruption due à la phénolphtaléine: ils n'ont observé aucune réaction dans le premier cas et dans le deuxième cas une légère papule tardive insuffisante pour qu'on puisse en faire état.

Ils ont fait ensuite un échange de greffons: ils ont greffé sur une plaque pigmentée de peau qui avait été antérieurement le siège d'une éruption fixe par phénolphtaléine un fragment de peau normale et ils ont transplanté un fragment de peau antérieurement malade sur une peau saine. Après cicatrisation des greffons, ils ont administré au malade de la phénolphtaléine par la bouche. Contrairement à l'attente, ils ont constaté que la peau normale greffée sur territoire antérieurement atteint avait réagi à la phénolphtaléine, tandis que le greffon de peau antérieurement lésée sur territoire sain n'avait nullement réagi.

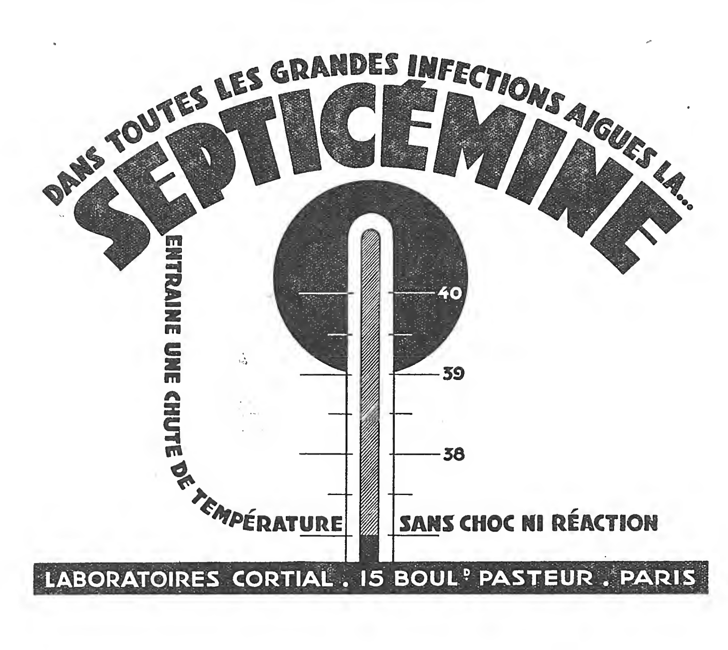
Cette expérience n'apporte donc pas la preuve que la peau elle-même est le siège du choc; elle est plutôt en faveur d'une hypersensibilité régionale dépendant du tissu sous-cutané (vaisseaux, nerfs).

Il est à noter que les résultats de cette expérience sont diamétralement opposés avec ceux de l'expérience déjà ancienne de Naegeli pour l'éruption fixe due à l'antipyrine. Le greffon de la peau antérieurement lésée avait réagi dans son nouveau site et la peau normale transplantée en territoire affecté n'avait pas réagi. Il est difficile d'expliquer cette divergence dans les 2 cas.

W. et S. ne purent démontrer chimiquement la présence de la phénolphtaléine dans les tissus ni dans les humeurs, urines, des malades atteints d'éruption. Ces faits peuvent s'expliquer parce que les réactions immuno-biologiques sont souvent plus sensibles que les réactions chimiques.

W. et S. attirent l'attention sur la présence de phénolphtaléine, non seulement dans des tablettes purgatives, mais encore dans certaines préparations au perborate de soude, des pâtes dentifrices, qui peuvent ainsi déterminer une éruption chez des sujets hypersensibles.

Parmi les rares manifestations d'idiosyncrasie phénophtaléinique, W. et S. citent des lésions sous



DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE
40
39
38
SANS CHOC NI RÉACTION
LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOULᴰ PASTEUR . PARIS

et périunguéales, caractérisées par une coloration violacée nettement limitée, sans autre lésion cutanéo-muqueuse, et d'autre part une paresthésie de la langue et de la muqueuse buccale sans lésions visibles.

R. Burnier.

Duemling et **Elston**. ***Ulcère gangréneux postopératoire de la paroi abdominale*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 4, Avril 1933). — On a rapporté dans la littérature un certain nombre de cas d'ulcère gangréneux progressif de la paroi abdominale, survenant du septième au vingt et unième jour après une opération et s'observant surtout chez l'homme, après une intervention septique, suivie de drainage, par exemple une perforation de l'appendice, de l'estomac, drainage de la vésicule biliaire ou de l'intestin.

C'est un cas de ce genre que rapportent D. et E., chez un homme de 42 ans opéré pour une rupture d'ulcère de l'estomac.

L'aspect clinique des cas publiés est identique : une lésion rouge violacée, douloureuse de la peau s'ulcère et devient nécrotique au centre, quarante-huit heures à soixante-douze heures après l'opération. Les bords de l'ulcère sont surélevés et entourés d'une auréole rouge très douloureuse ; le centre est recouvert d'un magma nécrosé. La lésion atteint la peau, le tissu sous-cutané, les fascias et s'étend rapidement d'une façon serpigineuse, gagnant un pouce chaque jour. Si on n'intervient pas, toute la paroi abdominale peut être envahie en quelques semaines.

La culture des lésions montre habituellement du streptocoque, du staphylocoque, des bacilles à Gram positif ou négatif, des diplocoques, parfois un bacille diphtéroïde, le micrococcus buccalis ou liquefaciens.

Dans le cas des auteurs on trouva des streptocoques, du staphylocoque doré et des bacilles à Gram négatifs.

Dans ce cas, les pansements locaux au sulfate d'oxyquinoléine et de rouge écarlate, ainsi que les injections de bactériophage autour de la lésion ulcéreuse (qui déterminèrent de violentes réactions), amenèrent en huit jours la cicatrisation progressive de la lésion ulcéreuse, qui datait de trois mois et demi.

R. Burnier.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY

(Chicago)

Henry F. Helmholz et **Haddow M. Keith**. ***Expérience de dix années du traitement de l'épilepsie par la diète cétogène*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXIX, n° 4, Avril 1933). — Rien n'est plus instructif que de revoir dix ans après le début d'un traitement les résultats qu'il a pu donner.

F. H. et H. K. ont traité 369 patients, dont 51 qui présentaient de l'épilepsie symptomatique et chez lesquels les résultats furent moins satisfaisants que chez les sujets atteints d'épilepsie essentielle. Les auteurs n'en tiennent pas compte.

Des 318 autres H. et K en éliminent encore 42 qui ne furent traités que pendant un an ou moins, 89 qui n'ont pas suivi la diète assez longtemps pour qu'il soit permis de juger, et 27 autres pour des raisons diverses. Il reste donc un groupe de 169 sujets fournissant tous les éléments d'appréciation, 36 pour 100 de ceux-ci sont guéris et ne sont plus au régime cétogène depuis plusieurs années. 21 pour 100 sont seulement améliorés, et 43 pour 100 n'ont eu aucune amélioration appréciable. Il faut savoir en outre que les sujets apparemment guéris peuvent présenter plusieurs années après la cessation de la diète de nouveaux accidents, auquel cas il est indispensable de recommencer la diète.

Le mode d'action du régime cétogène a été l'objet de commentaires variés. Il semble que l'acide acéto-acétique et son sel sodique soient susceptibles de prévenir expérimentalement les convulsions chez le lapin. Leur action n'est pas aussi efficace que celle du gardénal, mais elle est supérieure à celle des autres corps acétoniques, et est certainement plus active en tout cas que la cure de déshydratation.

H. Schaeffer.

W. Malamud, E. Lindemann et **H. Jaspar**. ***Effets de l'alcool sur la chronaxie et le système moteur*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXIX, n° 4, Avril 1933). — Les recherches de Lapicque sur la chronaxie avaient d'emblée montré que les groupes musculaires ayant une fonction différente avaient une chronaxie différente.

Or il semble bien que l'absorption d'alcool à dose suffisante (200 cmc d'alcool à 95°) soit susceptible de déterminer des modifications de la chronaxie, en même temps que de l'incoordination motrice et des troubles mentaux.

Si l'on étudie la chronaxie des fléchisseurs et extenseurs du bras, on voit que la chronaxie des fléchisseurs est plus stable que celle des extenseurs.

Dans les deux tiers des cas, le rapport normal de la chronaxie du groupe fléchisseur-extenseur est changé avec tendance vers l'égalisation ou même l'inversion des rapports normaux. Dans ces cas il existait également une incoordination motrice marquée sans troubles mentaux appréciables.

Dans un tiers des cas la différence entre la chronaxie normale des fléchisseurs et des extenseurs s'exagérait au contraire. Dans ces cas il n'existait pas d'incoordination, mais des troubles mentaux importants.

Dans la majorité des cas, les choses se passent, comme si l'ingestion d'alcool isolait le neurone périphérique du neurone central. On sait en effet que chez les animaux après décapitation, anesthésie chloroformique, ou même certaines lésions centrales, on observe une égalisation entre les chronaxies des fléchisseurs et des extenseurs.

H. Schaeffer.

BUDAPESTI ORVOSI UJSAG

(Budapest)

Salamon (Ernest). Nécrose pancréatique et glycosurie (*Budapesti orvosi ujsag*, n° 12, Mars 1933). — La nécrose du pancréas, au cours des pancréatites aiguës, est due le plus souvent à une hémorragie parenchymateuse. Le sang épanché peut être résorbé, ou bien s'infecte, et provoque une suppuration. Les manifestations cliniques correspondent à ces deux modes évolutifs.

La classification des pancréatites en pancréatites suppurée, gangreneuse, hémorragique, n'est pas justiciable, car le plus souvent ces différentes formes se trouvent entremêlées chez le même malade.

La pancréatite expérimentale a été réalisée par de nombreux expérimentateurs. Polya l'a réalisée par l'injection de trypsine, ou de suc pancréatique. Delezenne en France a fait des expériences très instructives. Il a remarqué que l'injection de la bile stérilisée, ou d'une culture de microbes, provoque exceptionnellement une pancréatite, tandis que l'injection de bile infectée, ou de microbes mélangés avec la bile, réalise presque toujours une pancréatite.

Les calculs biliaires, en réalisant une stase biliaire et microbienne, créent des conditions excellentes pour cette maladie. Ceci explique pourquoi les pancréatites s'observent chez les sujets qui ont des calculs biliaires (81 pour 100 des cas d'après Mayo).

La symptomatologie de la pancréatite aiguë est extrêmement polymorphe, et parfois la maladie passe complètement inaperçue, ou ne se dévoile qu'à l'occasion d'une complication.

Le diagnostic clinique de la pancréatite est souvent très difficile. Pour le faciliter on a cherché s'il n'y a pas de modification de métabolisme des hydrocarbonés. La glycémie et la glycosurie sont rares et ne s'observent guère que dans 8 pour 100 des cas d'après Minkowski.

Exceptionnellement on trouve dans les urines des corps cétoniques. On a publié quelques cas où un diabète faisait suite d'une pancréatite guérie.

La rareté de glycosurie et de l'hyperglycémie s'explique par le fait que les îlots de Langerhans sont plus résistants que le reste du parenchyme glandulaire, d'autre part même si une certaine quantité de ces îlots est détruit, le reste suffit pour assurer le bon fonctionnement du métabolisme des hydrates de carbone.

On a proposé également le test de l'hyperglycémie provoqué pour le diagnostic des pancréatites aiguës.

Chez ces malades l'ingestion par voie buccale de 50 gr. de glucose détermine une hyperglycémie à l'ordre de 0,20-0,26 pour 100 qui au bout de deux heures persiste encore à 0,16-0,20 pour 100. Il est évident que cette épreuve n'a pas la même valeur chez les diabétiques.

Cette épreuve peut donner des renseignements très importants et permet d'éviter les erreurs de diagnostic.

Vitanyi Ladislas.

Sztehlo (Etienne). ***Moyen simple pour empêcher l'irruption du liquide amniotique dans la cavité abdominale, au cours de l'opération césarienne*** (*Budapesti orvosi ujsag*, n° 14, Avril 1933). — En pratique médicale on est forcé de temps en temps de faire la césarienne un certain temps après la rupture des membranes, ce qui favorise l'infection, car six heures après la rupture des membranes les microbes se trouvent déjà dans l'utérus.

Pour empêcher le liquide amniotique infecté de pénétrer dans l'abdomen au cours de la césarienne, plusieurs méthodes ont été proposées.

S. propose la méthode suivante :

On opère sur la malade en position de Trendelenburg extrême.

On ouvre la cavité abdominale, et on entoure l'utérus avec serviettes stériles.

On sectionne le péritoine sur la face antérieure du col au-dessus de la vessie que l'on tire en bas avec le péritoine après sa section. Ceci fait, on fait à l'aide de deux pinces un pli transversal sur le bout supérieur du péritoine que l'on remonte le plus possible. On fait alors une petite section verticale au milieu du pli et par cette brèche on introduit un tube de caoutchouc dans la cavité utérine.

Un ballon de vessie est appliqué sur l'autre extrémité de ce tube et dans ce ballon on aspire le liquide amniotique. Ayant évacué tout le liquide on continue l'opération, car le risque d'infection par irruption du liquide amniotique est écarté.

Il est très important de faire cette manœuvre en position de Trendelenburg extrême, car comme cela le liquide ne peut pas pénétrer dans la cavité abdominale après l'ouverture de l'utérus pour introduire le tube de caoutchouc.

Vitanyi Ladislas.

Frédéric Palik. ***Conduite à tenir en présence de fièvre au cours du travail*** (*Budapesti orvosi ujsag*, n° 16, Avril 1933). — D'après les auteurs classiques, en présence de fièvre au cours du travail, il faut terminer l'accouchement le plus vite possible. Depuis les travaux modernes on intervient de plus en plus rarement, car dans certains cas

l'état de la mère s'aggrave après une intervention traumatisante.

La cause de la fièvre peut être variable, et avant de formuler le traitement il faut étudier chaque cas.

Contrairement à ce qu'on a cru jadis, la fièvre n'est pas due à la contracture de l'utérus, car, comme l'a démontré Winkel et Krönig, la contracture de l'utérus ne fait monter la température que de 0,2 à 0,3 degré.

Toute température au-dessus de 38, à l'aisselle, doit être considérée comme pathologique, dont il faut chercher la cause.

La température traduit soit une infection générale extra-génitale, soit une infection génitale.

Au cours des maladies générales, le pronostic de la mère et du fœtus est sous la dépendance de la nature étiologique de la maladie, mais il est certain que la grossesse diminue la résistance de l'organisme maternel.

Les affections pulmonaires sont particulièrement graves, évoluent avec une extrême rapidité, et se terminent fréquemment par la mort (20 à 40 pour 100); souvent l'accouchement, au cours de ces affections, se termine très vite.

Quant à la conduite à tenir dans ces cas, il y a intérêt de raccourcir le travail, mais il faut s'abstenir, autant que ce soit possible, des interventions traumatisantes, parce que l'organisme maternel affaibli supporte mal l'intervention.

Pour déceler une cause locale — facteur de température — les recherches bactériologiques ne peuvent pas donner de renseignements utiles, car le vagin de femmes saines contient des microbes dans 60 pour 100 et l'infection dépend, non tant de la présence et de la variété des microbes, mais plutôt de leur virulence et de la résistance de l'organisme.

Pour déceler la cause locale de la température, il faut se contenter des renseignements cliniques.

Parmi les causes les plus fréquentes de l'infection on peut citer : la rupture prématurée des membranes, le placenta prævia et les causes qui prolongent le travail.

Il est difficile de préciser si c'est l'infection qui retarde l'accouchement ou si c'est le travail prolongé qui provoque l'infection.

L'infection favorise la production des toxines qui en diminuant l'excitabilité des fibres musculaires de l'utérus retardent l'accouchement.

Conclusions : La température au cours du travail n'est pas une indication pour l'intervention: au contraire, il faut tâcher de terminer spontanément ou par les moyens médicaux l'accouchement. Si l'on est forcé d'intervenir, il faut appliquer la méthode la moins traumatisante afin d'éviter les lésions des parties molles qui constituent la porte d'entrée des microbes.

VITANYI LADISLAS.

Louis Végh. ***Occlusion intestinale au cours de la grossesse*** (*Budapesti orvosi ujsag*, n° 17, Avril 1933). — La constipation et la parésie intestinale sont des phénomènes banaux au cours de la grossesse, mais l'occlusion intestinale s'observe exceptionnellement.

L'occlusion est due, souvent, à une cause préexistante à la grossesse, qui n'a plus qu'un rôle adjuvant dans la suppression du transit intestinal.

Les adhérences, dues à une opération abdominale avant la grossesse, peuvent fixer l'intestin à l'utérus gravide et déterminer une occlusion intestinale totale.

Il est évident qu'on peut observer l'occlusion au cours de la grossesse sans que celle-ci ait des relations avec la gravidité.

Le diagnostic se heurte souvent à des difficultés et les douleurs du travail, l'appendicite, la péritonite, la torsion du kyste de l'ovaire, etc., sont autant de causes d'erreurs possibles.

Or, il y a un intérêt capital à faire le diagnostic le plus précocement possible, car toute perte de temps peut être fatale pour la mère. L'occlusion au cours de la grossesse s'observe le plus souvent au troisième mois, à la fin de la grossesse et immédiatement après la délivrance, de plus la notion d'une opération abdominale antérieure peut guider les recherches cliniques.

La mortalité maternelle est très grande (45 pour 100 en moyenne), celle du fœtus est également élevée.

En présence d'occlusion on peut essayer le traitement médicamenteux (physostigmine, atropine, papaverine, etc.), mais il ne faut pas y insister et surtout, si le résultat médical se fait attendre, faire au bout de quelques heures sans hésitation l'intervention chirurgicale, seul moyen de salut pour la mère.

Si la péritonite s'est déjà déclarée, Hellström et Bovin évacuent préalablement l'utérus par césarienne vaginale.

Dans les cas sans péritonite ces auteurs n'évacuent l'utérus que s'il est impossible de rétablir le trajet intestinal sans évacuation utérine.

D'après Ilchorst, en présence d'une occlusion qui survient vers la fin de la grossesse, il faut évacuer systématiquement l'utérus.

Roesing et Ludwig contre-indiquent l'évacuation utérine, car la rétraction de l'utérus peut exagérer l'occlusion. Si une partie de l'intestin est déjà sphacélée, les adhérences qui se déplacent par suite de rétraction de l'utérus évacué peuvent perforer l'intestin.

D'après l'auteur, pour l'évacuation de l'utérus on ne peut pas établir une règle générale, chaque cas doit être envisagé après l'état de la malade. Quoi qu'il en soit il ne faut pas attendre avec le traitement médical, mais intervenir le plus précocement possible, car le résultat opératoire est fonction de la précocité d'intervention.

VITANYI LADISLAS.

Denk. ***Sur la collapsothérapie*** (*Budapesti orvosi ujsag*, n° 18, Mai 1933). — En général, l'intervention chirurgicale, dans la tuberculose pulmonaire, est indiquée, chez les malades au-dessous de 60 ans, ayant des lésions pulmonaires unilatérales évolutives ou non évolutives, et chez lesquels le pneumothorax artificiel est impossible à réaliser.

Le collapsus du poumon ne réalise pas une guérison elle-même, crée seulement un milieu favorable à la guérison, qui ne s'effectue que si l'organisme est capable de réagir favorablement.

La tuberculose fibreuse avec fièvre modérée, avec expectoration peu abondante, et bon état général, est la meilleure indication de collapsothérapie pulmonaire. Une température élevée, une expectoration abondante, un mauvais état général, sont autant de facteurs qui diminuent les chances opératoires. La tuberculose caséeuse contre-indique formellement l'intervention chirurgicale. Il est très important de choisir, convenablement, le moment de l'intervention, et il ne faut pas insister sur un pneumothorax artificiel non efficace, mais faire l'intervention chirurgicale dès que possible. Le cœur doit être surveillé de près. Au cas où la pression artérielle est au-dessous de 90 du Riva Rocci, et le nombre de pulsations de plus de 130 par minute, il faut faire précéder l'intervention par une cure cardiaque.

Dans la tuberculose fibreuse unilatérale diffuse, la phrénicectomie ne doit pas être qu'une opération adjuvante de la thoracoplastie ou plombage. Quoique la phrénicectomie soit capable de guérir certaines cavernes de petite dimension, son application isolée, d'après l'auteur, dans les cas ci-dessus envisagés, est inutile, voire même contre-indiquée.

Dans la tuberculose unilatérale diffuse, la meilleure intervention est l'opération de Brauer-Sauerbruch avec résection de la 11-1 côte.

Le résultat des thoracoplasties, effectuées par Denk, a été surprenant. L'accord est donc fait sur le traitement de la tuberculose fibreuse unilatérale diffuse ; il n'en est pas de même en ce qui regarde le traitement de la caverne apicale isolée.

Deux méthodes sont proposées pour ces cas : 1° Le plombage avec l'huile de paraffine ; 2° la thoracoplastie partielle avec phrénicectomie. Il semble que la seconde intervention donne des meilleurs résultats.

VITANYI LADISLAS.

RADIOLOGIA MEDICA
(Milan)

C. Gerin. ***Les calcifications des cartilages costaux chez les sujets normaux et chez les tuberculeux pulmonaires*** (*Radiologia Medica*, t. XX, n° 4, Avril 1933). — Les recherches de G. qui rapporte les opinions de nombreux auteurs en vue d'élucider la question encore discutée des calcifications des cartilages costaux chez les tuberculeux pulmonaires ont porté sur un très grand nombre de radiographies. C'est ainsi que G. a d'abord examiné plus de 600 clichés de thorax de sujets normaux, des deux sexes et d'âges variables, pour étudier la morphologie et le degré d'opacité des calcifications des cartilages normaux.

Il groupe en tableaux les résultats qu'il a obtenus et des schémas traduisent les divers types de calcifications qu'il a observés et qu'il répartit en six groupes ; sans entrer dans le détail de ses observations il n'a constaté aucune calcification de 10 à 19 ans et en a relevé dans 100 pour 100 des cas de 50 à 80 ans avec des pourcentages variables suivant l'âge et le type.

Il a effectué des recherches analogues sur 700 clichés de sujets atteints de lésions, à divers degrés, de tuberculose pulmonaire; de 10 à 19 ans, il relève des calcifications dans 1 pour 100 des cas et de 50 à 80 ans dans 100 pour 100.

G. qui, chemin faisant, appelle l'attention sur la présence de certaines opacités (en particulier celles qui sont dues à l'existence des noyaux épiphysaires accessoires du sternum) qu'en raison de leur localisation et de leur aspect il convient de différencier des calcifications des cartilages costaux, conclut de ses recherches que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, il lui semble possible de contredire l'hypothèse d'un rapport de cause à effet entre l'apparition précoce de calcifications des premiers cartilages costaux et l'existence d'un processus pulmonaire spécifique apical; celles-ci ne sauraient donc intervenir ni au point de vue diagnostic précoce, ni au point de vue du pronostic de la tuberculose.

De même, il n'a pas constaté d'hypercalcification chez les tuberculeux pulmonaires avérés, au contraire.

G. se propose, dans une étude ultérieure, de décrire les altérations des cartilages costaux pathologiques, chondrites ou chondro-arthrites, en raison de leur parenté avec les lésions d'origine traumatique et de l'importance médico-légale de cette question.

MOREL KAHN.

LA PEDIATRIA
(Naples)

De Toni (Bologne). ***Les mouvements pendulaires des globes oculaires des enfants durant le sommeil physiologique et au cours de certains états morbides*** (*La Pediatria*, 1er Avril 1933). — Rachlmann et Witkowsky ont attiré les premiers l'attention en 1877 sur les mouvements des globes oculaires des enfants profondément endormis et de certains adultes. En 1919 Flesh a confirmé leurs observations en procédant à l'examen de sujets en état de narcose ou d'ébriété alcoolique.

LES COMPRIMES DE TRICALCINE

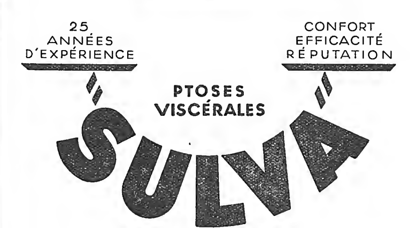
NEUTRALISENT LES ACIDES

(A SUCER OU A CROQUER AU MOMENT DE LA DOULEUR)

HYPERCHLORHYDRIE. DYSPEPSIES ACIDES

Laboratoire des Produits SCIENTIA
21 Rue Chaptal - Paris - 9e Arr

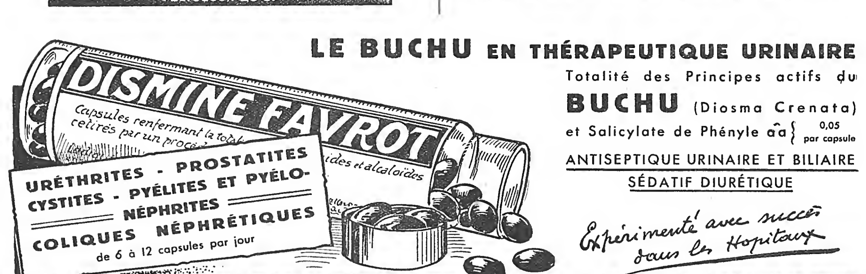




SOULÈVE
SOUTIENT
SOULAGE

Les CEINTURES "SULVA" AVEC OU SANS PELOTES RÉTABLISSENT L'ÉQUILIBRE DES FONCTIONS DIGESTIVES





Les mouvements des globes oculaires peuvent être suivis par transparence à travers les paupières. Chez les enfants ces derniers sont souvent entrouvertes pendant le sommeil, ce qui facilite l'examen. Si la transparence des paupières est insuffisante on peut d'ailleurs les soulever rapidement pour procéder aux observations utiles.

Sur 214 enfants en état de sommeil physiologique de T. n'en a retenu que 32, soit un septième seulement ne présentant aucun mouvement des globes oculaires. Dans la grande majorité des cas, ces mouvements sont horizontaux, à caractère pendulaire et au rythme moyen de 4 à 6 oscillations pendant la première minute. Ce rythme est ralenti au cours d'un sommeil profond.

Les oscillations horizontales sont parfois entrecoupées d'oscillations verticales ou rotatives ou même à caractère nystagmique. Ces oscillations verticales ou rotatives sont toutefois rarement prédominantes.

Ces mouvements pendulaires des globes oculaires peuvent également être constatés avec certains caractères particuliers au cours de divers états morbides. Dans la pneumonie et la fièvre typhoïde, de T. a pu les observer assez bien aux différentes phases de ces maladies, mais il a pu constater qu'ils devenaient très rares et pouvaient même faire défaut lorsque survenaient des symptômes d'irritation méningo-encéphalitique. Ces mouvements pendulaires sont en général faciles à mettre en évidence au début de la méningite tuberculeuse. Par contre ils ont paru plus rares et intermittents dans deux cas d'encéphalite morbilleuse.

Discutant sur la pathogénie de ces mouvements de T. estime que leur caractère les différencie du nystagmus. Toutefois il rappelle que le nystagmus spontané a été signalé chez les nouveau-nés et les nourrissons en bas âge. Un nystagmus pendulaire (*Augenzittern* des auteurs allemands), décrit comme pouvant être observé sitôt après la naissance, a été attribué à un traumatisme obstétrical atteignant les centres nerveux ; cependant Catel considère ce nystagmus des nouveau-nés comme physiologique.

G. Schreiber.

Gioacchino Stancanelli (Naples). ***Le miel dans le traitement des états dystrophiques des nourrissons*** (*La Pediatria*, 1er Avril 1933). — Le miel possède une valeur énergétique très élevée que l'on peut approximativement évaluer à 320-330 calories pour 100. Sa composition d'après Santangelo est la suivante : eau 18,96 pour 100 ; sucre inverti (glucose et lévulose) 72,51 pour 100 ; saccharose 2,69 pour 100 ; dextrine 3,89 pour 100 ; substances protéiques 1,42 pour 100 ; acide formique 0,11 pour 100 ; autres substances organiques (pollen, cire, gomme, mannite, acide lactique, acide malique, huiles aromatiques, etc...) 0,08 pour 100 ; substances minérales (phosphates) 0,24 pour 100.

Le miel, très bien toléré par les enfants, a fourni de bons résultats à Muniagurria qui l'a employé chez 8 nourrissons atteints de troubles gastro-intestinaux ; 2 cas d'entérocolite aiguë ; 1 cas d'entérocolite ulcéro-folliculaire et 5 cas de dystrophie, d'intoxication alimentaire et de dyspepsie « putréfactive ».

Dans les cas d'entérocolite le miel était administré après une purgation initiale et une diète hydrique de vingt-quatre heures. Le miel était donné dilué dans l'eau, à raison de 30 gr. de miel pour 300 gr. d'eau et la proportion de miel était progressivement augmentée et portée à 150 gr. sans addition d'aucun autre aliment.

G. S. public 14 observations personnelles qui confirment ces bons résultats. La dose de miel qu'il a utilisée a été portée à 200 et 250 gr. par jour.

En matière de conclusion G. S. considère que le miel est très indiqué non seulement contre les troubles chroniques de la nutrition, mais aussi contre les troubles gastro-intestinaux avec diarrhée et fermentations anormales. Il estime même que le miel devrait être administré aux nourrissons sains, allaités artificiellement et il attribue sa bonne influence à sa teneur élevée en lévulose naturelle et en vitamines.

G. Schreiber.

THE TOHOKU JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (Tokio)

T. Sato. ***Etudes sur l'hormone désintoxicante du foie (Yakriton). 38e rapport: Néphrite par sels d'urane chez des animaux ayant un pouvoir hépatique de désintoxication différent. Evidence de relation étroite entre le foie et le rein*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. XX, n° 5-6, 20 Mars 1933). — Après avoir groupé des lapins sains suivant leur fonctionnement hépatique d'après leur réponse à l'épreuve de Sato et Sakurada (pouvoir de désintoxication ammoniacale) on leur a injecté une dose d'acétate d'urane (1 cmc 1/2 d'une solution à 0,1 pour 100 par kg), telle que injectée à des lapins normaux quelques-uns survivent à l'empoisonnement tandis que d'autres meurent.

Les lapins classés comme ayant un faible pouvoir de désintoxication hépatique sont morts dans la proportion de 100 pour 100 après avoir survécu en moyenne neuf jours. L'urée sanguine, quatre jours après l'injection du poison, montrait en général une augmentation considérable pouvant s'élever à 2 gr. pour 1.000. Les animaux classés comme ayant un excellent pouvoir de désintoxication ammoniacale se comportèrent différemment, un seul mourut, le douzième jour. Tous les autres restèrent longtemps en bonne santé sauf 3 qui moururent du vingtième au trentième jour. Les chiffres d'azotémie maximum ne sont apparus que le sixième ou septième jour, ne se sont pas élevés aussi haut et sont retombés à la normale environ quinze jours après l'injection.

La même dose d'acétate d'urane est donc fatale aux animaux ayant un faible pouvoir de désintoxication ammoniacale, tandis que ceux dont ce pouvoir hépatique est plus élevé peuvent survivre. Il faut voir là une démonstration de l'étroite relation qui unit le foie et le rein.

Robert Clément.

T. Sato. ***Etudes sur l'hormone désintoxicante du foie (Yakriton). 39e rapport: Effet du Yakriton sur la néphrite par sels d'urane.*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. XX, n° 5-6, 20 Mars 1933). — Les lapins possédant un faible pouvoir de désintoxication ammoniacale, succombent tous à la néphrite produite par l'injection sous-cutanée d'une certaine quantité de sels d'urane et leur survie moyenne est de neuf jours, après une azotémie considérable s'élevant le quatrième jour au-dessus de 2 gr.

L'injection sous-cutanée de doses variables de Yakriton allant de 1/10 unité-rat à 200 unités-rat, trois heures avant l'injection de sels d'urane, n'a aucun effet sur la mortalité de 100 pour 100, ni sur la survie moyenne de neuf jours ; elle diminue cependant le taux de l'azotémie ; mais si au lieu de ne faire qu'une seule injection de Yakriton, on répète celle-ci chaque jour durant le cours de la néphrite, en commençant trois heures avant l'intoxication par les sels d'urane, on sauve quelques animaux de l'intoxication mortelle. Avec une 1/2 unité-rat, par jour et par kg, on a 80 pour 100 de survie ; avec une unité, 57 pour 100 de survie et avec 10 unités 30 pour 100. L'effet favorable apporté par le Yakriton sur la néphrite uranique se manifeste encore par une augmentation beaucoup plus faible de l'azotémie au cours de la néphrite, le maximum ne survenant qu'au septième jour au lieu du quatrième, ne dépassant en général pas 1 gr. 50 au lieu de 2 et 3 gr. et disparaissant vers le douzième ou le quatorzième jour.

On obtient ainsi un effet thérapeutique favorable dans la néphrite expérimentale du lapin non pas avec une préparation rénale, mais avec une préparation hépatique (l'hormone hépatique de désintoxication) qui à première vue semble n'avoir rien à faire avec les reins.

Robert Clément.

M. Yoshida. ***Etudes sur l'hormone désintoxicante du foie (Yakriton). 40e rapport : Effet prophylactique du Yakriton contre l'ictère par toluylènediamine*** (*The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, t. XX, n° 5-6, 20 Mars 1933). — Chez le chien, l'injection sous-cutanée de 1 cmc par kilogramme d'une solution à 2 pour 100 de toluylènediamine dans l'eau distillée produit une jaunisse intense d'une durée de quatre à cinq jours, tuant les jeunes chiens vers cinq à sept jours alors que les chiens adultes, s'ils font une jaunisse intense avec anorexie, résistent. La bilirubine sanguine, négative avant l'injection du toxique, atteint 30 à 50 milligr. pour 1.000 avec un maximum le deuxième ou le troisième jour.

L'injection sous-cutanée de Yakriton, à la dose d'une demie-unité-rat par kilogr. n'empêcha pas le développement d'une jaunisse intense avec bilirubinémie très élevée, mais disparaissant plus rapidement que chez les chiens n'ayant pas reçu de Yakriton. Avec une unité-rat par kilogr., l'ictère était plus léger, la bilirubinémie beaucoup moins élevée. Avec 2 unités-rat par kilogr., l'ictère n'apparut point et la bilirubinémie fut légère, quelquefois le sérum donnant une réaction de Van der Bergh faible.

Une nouvelle injection de toluylènediamine, après un intervalle de sept à dix jours, donne en général un ictère beaucoup plus grave; le Yakriton, à la dose d'une 1/2 unité, a un effet prophylactique tel que ce deuxième ictère est beaucoup plus léger que le premier. Chez des animaux ayant déjà eu une jaunisse sévère au toluylènediamine, l'injection de 2 unités de Yakriton en même temps que celle d'une nouvelle dose toxique empêche l'ictère de se développer dans la moitié des cas; la bilirubinémie pouvant être nulle ou peu élevée. L'effet prophylactique se retrouve encore sur une troisième injection de diamine chez des chiens ayant subi 2 intoxications préalables.

L'hormone hépatique de désintoxication, isolée par Sato sous le nom de Yakriton, a donc un pouvoir protecteur ou inhibiteur sur le développement de l'ictère expérimental et de la bilirubinémie par injection de toluylènediamine.

Robert Clément.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Akimaya, Sato et Murata. ***La valeur diagnostique des examens sérologiques dans la blennorragie*** (*The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, t. XXXIII, n° 4, Avril 1933). — Les auteurs recherchèrent la réaction de fixation et les réactions précipitantes dans 127 cas de blennorragie et 25 cas d'affection non gonococcique. Ils employèrent des antigènes de 20 souches de gonocoques.

Avec le sérum des malades et l'antigène gonococcique, sur 127 blennorragiques, 96 (75 pour 100) donnèrent une réaction de fixation positive et 106 (83,5 pour 100) une précipitation positive.

Sur les 25 non blennorragiques, 2 eurent une précipitation positive et 0 une réaction de fixation positive.

Comme antigène on employa aussi de l'urine des malades et de la sécrétion urétrale.

Avec l'immunsérum de lapin et l'urine du malade on nota chez les blennorragiques 25,2 pour 100 de réactions de fixation positives et 19.7 pour 100 de précipitation +.

Chez les non blennorragiques, 8 pour 100 de séro-réactions + et aucune précipitation +.

Avec l'immunsérum de lapin et la sécrétion urétrale, on nota chez les blennorragiens 27,5 pour 100 de séro-réactions + et 18,9 pour 100 de précipitations + ; les non blennorragiens donnèrent 8 pour 100 de séro-réactions + et 0 précipitation.

Dans 32 cas où l'on put trouver du gonocoque dans l'urine, on obtint 87,5 pour 100 de séro-réactions + et 62,5 pour 100 de précipitations +.

R. Burnier.

Murata. ***Un cas de pseudo-xanthome élastique avec stries angioïdes de la rétine*** (*The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, t. XXXIII, n° 4, Avril 1933). — Chez un homme de 38 ans qui se plaignait de troubles oculaires, on nota des stries angioïdes de la rétine, des bandes pigmentées situées sous les vaisseaux rétiniens et, en outre, des lésions dégénératives et des hémorragies de la rétine.

Le malade présentait en outre des lésions de la peau, situées de chaque côté du cou, dans les aisselles, autour de l'ombilic et dans les aines ; on notait une éruption nettement symétrique, formée de plaques blanc jaunâtre, composées de nombreuses petites nodosités confluentes, grosses comme une tête d'épingle ou un grain de riz, polygonales ou arrondies, à peine surélevées. Histologiquement il s'agissait d'un pseudoxanthome élastique.

R. Burnier.

Ichikawa. ***La syphilis de la muqueuse buccale*** (*The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, t. XXXIII, n° 4, Avril 1933). — A la clinique cutanée de Tokio, de 1899 à 1930, I. observa, sur 224.243 malades, 16.635 syphilitiques (7,4 pour 100) et sur ce nombre 2.451 syphilis buccales (14,7 pour 100).

Ces 2.451 cas se décomposaient ainsi : 11 chancres (0,5 pour 100), 2.203 angines et plaques muqueuses (92,3 pour 100) et 177 lésions tertiaires : gommes, ulcérations (7,2 pour 100).

L'angine existait seule dans 1.633 cas (72,1 pour 100), l'angine accompagnée de plaques muqueuses dans 438 cas (23,3 pour 100), les plaques muqueuses seules dans 192 cas (4,6 pour 100).

Comme lésions tertiaires, I. nota 54 gommes (30,1 pour 100) : 21 du palais, 12 des lèvres, 11 de la langue, 3 des amygdales, 2 du pharynx, 2 des gencives, 3 de la muqueuse buccale.

10 ulcérations gommeuses furent constatées (5,6 pour 100) : 3 ulcérations du palais, 2 des amygdales, 2 du pharynx, 1 des lèvres, 1 des gencives, 1 de la muqueuse.

I. observa 11 cas de perforation du palais (62,8 pour 100) et 2 glossites interstitielles (1,5 pour 100).

R. Burnier.

A MEDICINA CONTEMPOREANA
(Lisbonne)

A. Silveira Ramos. ***Traitement des états avancés de la maladie du sommeil par les injections intra-carotidiennes de médicaments trypanocides*** (*A Medicina Contemporanea*, t. LI, n° 10, 5 Mars 1933). — S. R. et Venancio da Silva, à Loanda, Afrique Occidentale Portugaise, avaient pratiqué des expériences sur l'animal pour étudier les effets de l'administration par voie carotidienne de divers médicaments, en particulier des trypanocides. Les résultats de cette expérimentation furent publiés dans le n° 9, de *A Medicina Contemporanea*. Ils avaient essayé le mercurochrome qui fut très toxique, l'urotropine sans inconvénient même à des doses et concentrations élevées, l'atoxyl qui se montra le plus dangereux, le 205 Bayer sans accidents et la tryparsamide fut sans doute la moins toxique. On cherchait à obtenir par la voie carotidienne une action plus énergique sur les infections graves du système nerveux central.

Pour comparer l'action toxique de ces mêmes substances, introduites par voie veineuse, les auteurs pratiquèrent de nouvelles recherches et trouvèrent que la toxicité est pratiquement identique à celle par voie artérielle.

A la suite de ces expériences, S. R. pensa à employer avec prudence cette nouvelle méthode d'application, chez des malades en état avancé de trypanosomose africaine. Le traitement spécifique par voie carotidienne aurait une action plus directe sur les lésions nerveuses, qui dans cette affection ont, comme on le sait, constamment une disposition péri-vasculaire. Par cette voie, les médicaments arriveraient 8 fois plus concentrés que par la voie veineuse où ils n'atteignent l'encéphale que dilués dans une plus grande masse sanguine.

La ponction, pour être pratique, dans les conditions toujours difficiles où opèrent les médecins coloniaux, doit être réalisée sans la découverte préalable de l'artère ; c'est le procédé dont usa S. R. et il en décrit sa technique, qui est simple. Les injections demandent l'immobilité du champ opératoire, aussi doit-on appliquer la pré-médication par la morphine chez les malades très agités. Elles doivent être effectuées très lentement ; elles ne sont pas douloureuses et peuvent être répétées dans la même carotide. Chez les 6 malades traités par S. R., un seulement eut une légère syncope, peut-être par erreur de technique. Les autres, ceux qui pouvaient marcher, ont rejoint à pied leur salle. Comme les individus à cette phase de la maladie du sommeil sont très amaigris, ne pesant généralement qu'environ 55 kilogr., on n'a pu employer des doses dépassant 3 gr. 5 de tryparsamide, les doses variant de 1 gr. à 3 gr. 5 dans 8 à 10 cmc d'eau. Tous les malades, avant et après le traitement, eurent un examen ophtalmologique complet (Lavrador Ribeiro). A la suite des injections on observa, soit une amélioration visuelle, soit un état normal. L'examen du sang et l'examen du liquide céphalo-rachidien (Waldemar Teixeira) montrèrent, dès la première injection, la disparition des parasites tant du sang que du liquide. Dans quelques cas, après la deuxième injection, le nombre des lymphocytes tomba de 160 à 17 et l'albumine de 1 gr. à 0 gr. 56; après la troisième injection, les lymphocytes passaient de 17 à 12 et l'albumine de 0,56 à 0,35. On remarqua l'atténuation des troubles psychiques et de certains signes nerveux, tels que le tremblement, la paralysie faciale, la difficulté de la mastication et des mouvements de la langue.

S. R. ne se croit pas autorisé à tirer des conclusions sûres sur la valeur thérapeutique de cette méthode. Son indication indiscutable est dans les cas désespérés, car les dangers de l'injection carotidienne — s'ils existent — seront secondaires à l'extrême gravité de la maladie du sommeil, particulièrement lorsqu'elle est arrivée à un stade avancé d'infection encéphalique où il n'y a rien de plus à attendre de la médication trypanocide habituelle.

La voie carotidienne n'exclut pas le traitement classique de la maladie du sommeil. Des observations ultérieures pourront préciser sa vraie valeur dans la pratique clinique, ses indications et contre-indications, ses avantages et ses inconvénients, selon les termes mêmes de S. R.

Mais les résultats sont encourageants ; on remarque même que dans le cas d'une malade étant tombée dans le coma, cette méthode a agi d'une façon rapide, impressionnante. L'absence d'aggravation des symptômes oculaires, voire son amélioration appréciable font penser que les lésions si souvent observées au cours de la thérapeutique endoveineuse sont des lésions de la maladie elle-même, réactivées par cette méthode lente et insuffisante d'administration des trypanocides. Ces lésions seraient pré-existentes, latentes et éveillées par le traitement classique.

L'action de la tryparsamide employée par voie intra-carotidienne est d'emblée, directement stérilisante, abrupte. Elle doit être à son maximum dynamique. S. R. et ses collaborateurs continuent leurs études sur cette méthode, qui pourrait peut-être s'appliquer à d'autres processus similaires à ceux de la trypanosomose africaine.

Joao Coelho.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

Evert Schildt. ***Sur l'infarctus embolique aseptique du rein*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. LXX, fasc. 4 et 5, 13 Avril 1933). — S. ajoute 9 observations personnelles aux 21 cas d'infarctus rénaux emboliques ayant présenté des symptômes cliniques qu'il a trouvés dans la littérature.

Au point de vue anatomo-pathologie : dans 9 cas sur 10 l'embolie provient du cœur. Des infarctus rénaux récents ont été trouvés dans 1,7 pour 100 du total des autopsies. Dans 9 cas sur 106 seulement (dans 8,5 pour 100 des cas) on trouve à relever des symptômes cliniques. Dans 40 pour 100 des cas, les symptômes étaient bilatéraux.

Au point de vue clinique : dans 12 cas sur 30, l'infarctus s'accompagne de troubles généraux violents pouvant aller jusqu'au collapsus véritable. Dans la règle, il y a élévation de température avec maximum à 38°, 40° du premier au quatrième jour, puis descente en lysis en une semaine en général. La douleur survient le plus souvent d'une façon aiguë sans prodrome ; elle disparaît en peu de jours, mais on a décrit des cas où elle persistait encore après des semaines. Le plus fréquemment, elle est localisée dans la région rénale, mais parfois ce sont les douleurs abdominales qui prédominent. Les douleurs sont intenses et irradient souvent vers la cuisse ou les organes génitaux. La sensibilité à la pression et la défense musculaire correspondent au territoire de la douleur. L'albuminurie se montre, ou augmente, dans au moins 4/5 des cas après l'attaque douloureuse et persiste une à deux semaines. On voit parfois diverses variétés de cylindres. L'hématurie se manifeste plus d'une fois sur deux. L'oligurie n'a de signification diagnostique que si elle est intense ou s'il y a anurie. On a signalé des troubles de la miction. Les vomissements sont habituels, la constipation fréquente; dans quelques cas, on assiste à un processus péritonitique parallèle à l'infarctus rénal.

Le diagnostic se base sur l'existence d'une affection cardio-vasculaire, sur la constatation d'autres embolies et les signes généraux et locaux cités plus haut. Il se pose avec les affections douloureuses du rein et la plupart des syndromes abdominaux aigus.

Le pronostic de l'attaque aiguë est en général bon au point de vue vital. Chaque attaque représente une réduction plus ou moins grande du parenchyme rénal par formation d'une sclérose rénale post-embolique. Ce n'est qu'en cas de très grands infarctus que le malade succombe à l'insuffisance rénale.

Le traitement consiste en expectation et palliatifs. On pourrait songer à faire une embolectomie, mais cette opération n'a pas été jusqu'ici exécutée. Peut-être qu'une décapsulation rénale influencerait favorablement la circulation dans un rein présentant un infarctus. Dans les cas rares d'anévrisme, il faudrait recourir à la néphrectomie.

Robert Clément.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Camille Lian et **Maurice Racine.** ***La phonocardiographie*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIV, n° 1, Juin 1933). — Dans un premier mémoire, L. et R. exposent la technique phonocardiographique et ses résultats chez les sujets normaux.

Puis, dans un second mémoire, ils étudient les résultats observés dans les affections valvulaires et congénitales du cœur.

L'amplitude des oscillations envisagées étant variable d'un sujet à l'autre, ils ne tiennent compte que des modifications importantes des tracés dans des conditions d'enregistrement identiques. L'intensité d'un bruit est d'ailleurs fonction de l'état dynamique du myocarde, de l'épaisseur de la paroi thoracique, et dans une certaine mesure du siège où il est enregistré.

Dans le rétrécissement mitral, ils ont spécialement étudié le roulement diastolique et le souffle présystolique, et le bruit de rappel. Ils montrent que le roulement diastolique, ou bien fait immédiatement suite au 2e bruit, suivi ou non d'un bruit surajouté, ou bien est séparé du 2e bruit par un bref intervalle silencieux; il est constitué par une série de ventres vibratoires d'intensité décroissante; il est séparé habituellement du souffle présystolique par une courte zone silencieuse, dont l'importance dépend de la longueur de la diastole. Le souffle présystolique est nettement situé dans la présystole; il n'est pas protosystolique. Le bruit de rappel a, dans les 4/5 des cas, son siège maximum ou exclusif à la base, il est alors d'origine sigmoïdienne; dans 1/5 des cas, il a son siège maximum ou exclusif à la pointe, il représente alors la saccade initiale des vibrations diastoliques de la valvule mitrale sténosée.

Les tracés produits par L. et R. montrent la valeur des renseignements fournis par la méthode pour préciser le siège, la durée, le temps, l'intensité des bruits et souffles cardiaques observés en clinique.

L. Rivet.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

C. Ninni. ***Nouvelle contribution à l'étude des éléments filtrables du virus tuberculeux*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. L, n° 4, Avril 1933). — Des recherches expérimentales sur le cobaye montrent que les éléments granulaires, invisibles au microscope, qu'on peut par filtration à travers des bougies de porcelaine poreuse séparer des cultures jeunes de bacille tuberculeux et des organes de sujets tuberculeux, sont des germes vivants, susceptibles de se multiplier, de se cultiver *in vivo* et *in vitro*.

Les effets pathogènes de ces éléments présentent des caractères très particuliers; ils déterminent chez le cobaye une infection ganglionnaire sans tubercules. Ils se multiplient dans les organes lymphatiques et donnent naissance à d'autres éléments granulaires (granules à évolution ascendante) qui peuvent devenir acido-résistants et prendre la forme bacillaire typique.

Les éléments granulaires, séparés par filtration des cultures ou des produits tuberculeux, tendent le plus souvent à se désagréger et à disparaître (granules à évolution descendante) aussi bien *in vivo* que dans les microcultures sur milieu Lowenstein ou milieu liquide. Lorsque ces cultures sont jeunes et abondantes elles possèdent une toxicité à action élective sur les cellules nerveuses. Les éléments toxiques passent à travers le placenta chez les femelles gravides et peuvent provoquer la mort des fœtus, ou des phénomènes de dénutrition progressive du nouveau-né; dans d'autres cas, ils peuvent conférer à l'animal une résistance manifeste mais peu durable à l'infection tuberculeuse.

A côté des bacilles de Koch et des éléments granulaires, qui ne passent pas à travers les bougies de porcelaine poreuse, coexistent dans la tuberculose et les bouillons de culture des éléments granulaires plus petits, filtrables, qui constituent à proprement parler l'ultra-virus. L'ensemble des éléments filtrables et non filtrables constitue le virus tuberculeux. Leur séparation réalisable par filtration à travers les bougies poreuses ou le placenta conduit à l'obtention artificielle ou naturelle de 2 types différents d'infection: la granulémie prébacillaire et la bacillose; mais dans les cultures et les organes tuberculeux les 2 éléments coexistent: de l'accumulation de leurs effets pathogènes, ou de leur dissociation, résulte la variété des formes cliniques de la maladie que détermine le virus tuberculeux.

Robert Clément.

A. Calmette et **A. Saenz.** ***Sur l'immunité para-spécifique conférée par le BCG*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. L, n° 4, Avril 1933). — Ninni et de Sanctis Monaldi ont montré dans le laboratoire de C. que les cobayes prémunis par le BCG depuis au moins quatre semaines sont beaucoup plus résistants vis-à-vis de la bactérie charbonneuse que ceux qui n'ont reçu le BCG que depuis quinze jours. Ils ont établi aussi que la vaccination par le BCG confère aux cobayes une résistance très nette contre l'infection subaiguë à bacille de Bang. Cette résistance se manifeste non seulement par une diminution de la mortalité (50 pour 100), mais aussi par une élimination ou une destruction rapide du bacille de Bang dans l'organisme. Par contre, le BCG n'augmente pas sensiblement la résistance aux animaux vis-à-vis des intoxications diphtériques. Cette différence indiquerait que la cause de l'immunité para-spécifique due au BCG est attribuable à des facteurs cellulaires et non à des modifications humorales.

Nasta et Weinberg ont vu que la production des hémolysines anti-mouton est doublée et même triplée par la vaccination au BCG effectuée un mois auparavant chez le lapin, tandis que les agglutinines anti-vibrion cholériques et les précipitines anti-sérum de cheval ne sont pas influencées.

De ces faits et des autres exemples d'immunité para-spécifique constatés chez l'animal et chez l'homme, C. et S. concluent que l'injection sous-cutanée ou intraveineuse, ou l'absorption par voie buccale, du bacille BCG crée chez l'animal et chez l'enfant, après un délai de quelques semaines, une immunité para-spécifique qui expliquerait la résistance à diverses maladies du jeune âge observée chez les enfants ayant reçu le BCG peu après leur naissance, et les écarts si notables signalés entre la mortalité générale des enfants ayant reçu le BCG et des autres par des diverses statistiques.

Robert Clément.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

A. Repond. ***Le traitement psychothérapique des maladies mentales*** (*Annales médico-psychologiques*, XIVe série, 91e année, t. 1, n° 3, Mars 1933). — La psychothérapie des troubles mentaux offre de grandes possibilités d'action, et dans la grande majorité des cas de psychoses fonctionnelles donne des résultats satisfaisants, tout au moins partiels, en agissant sur les symptômes. Cette psychothérapie est en partie empirique, ce qui tient soit à notre insuffisante connaissance des processus psychologiques déterminants, soit à l'intrication des troubles physiques et psychiques.

Les observations psychothérapiques systématiques sont d'ailleurs encore trop rares, conséquence du scepticisme des psychiatres qui admettent soit l'évolution fatale des maladies mentales, soit le fait qu'elles sont seulement accessibles aux traitements médicamenteux ou physiques.

R. n'admet pas cette opinion, et se base sur ce fait que les résultats obtenus dans les asiles où les malades sont abandonnés à eux-mêmes ne sont pas comparables à ceux où une psychothérapie active forme l'essentiel du traitement. La disparition de l'agitation chronique, des anomalies du comportement, de la néfaste suggestion collective, l'atténuation de la plupart des symptômes psychiques, sont dues essentiellement à la psychothérapie, et représentent un résultat thérapeutique très appréciable.

H. Schaeffer.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

P. Nobécourt, Ch. Bidot et **A. Comninos.** ***Recherches sur le parasitisme intestinal chez les enfants de la région parisienne*** (*Archives de médecine des Enfants*, t. XXXVI, n° 6, Juin 1933). — Les recherches de N., B. et C. ont été poursuivies pendant vingt mois sur 347 selles provenant de 300 enfants âgés de 0 à 16 ans. Leurs conclusions sont les suivantes:

L'examen coprologique systématique des enfants hospitalisés ou traités à la consultation de la *Clinique médicale des enfants*, pour des affections diverses et ne présentant pas de signes cliniques pouvant être attribués à des parasites, établit qu'un très grand nombre d'enfants sont parasités.

1° Le nombre des parasités est très faible dans la première année de la vie; il ne dépasse pas 4,5 pour 100. Ce peu de fréquence s'explique aisément par l'absence des causes et des conditions de contamination à cette époque de la vie.

2° La proportion d'enfants parasités s'élève avec l'âge. Elle atteint 33 pour 100 dans la deuxième année. Cette augmentation coïncide avec l'époque où l'enfant commence à marcher, à toucher à tout et par suite à s'infecter. Le taux atteint 58,5 pour 100 entre 2 et 5 ans et 63 pour 100 entre 5 et 16 ans.

3° Ces nombres sont influencés dans une certaine mesure par la nature des affections ou des maladies qui ont amené l'enfant à consulter. De ce point de vue, une mention spéciale doit être faite des troubles digestifs; on rencontre des parasites dans les selles des enfants sujets à ces troubles avec une plus grande fréquence que dans celles des enfants dont les fonctions digestives sont régulières.

4° La proportion des enfants parasités est sensiblement la même chez les filles et les garçons, car les causes de l'infection parasitaire leur sont communes.

Les constatations de N., B. et C., conformes à celles d'autres auteurs, établissent la fréquence des parasites intestinaux chez les enfants. Même en l'absence de tout signe clinique ou biologique permettant de préciser le rôle des parasites en pathologie infantile, il est permis de penser que leur présence en grand nombre dans l'intestin ne doit pas être indifférente; mais la preuve de leur nocivité, dans ces conditions, n'est pas encore donnée.

G. Schreiber.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(Paris)

M. David et **L. Stuhl**. ***Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde; étude radiologique*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVII, n° 4, Avril 1933). — Il semble qu'à part le chapitre consacré à cette question par Clovis Vincent dans son rapport sur les tumeurs frontales, en France, et le mémoire de Cushing, aux Etats-Unis, l'article de D. et S. constitue le seul travail d'ensemble sur la question basé sur 23 *cas vérifiés de méningiome de la petite aile du sphénoïde* (22 dus à Clovis Vincent, 1 à P. Bailey, de Chicago).

« Sauf dans les méningiomes en plaque et dans certaines méningiomes de la variété externe les modifications radiologiques du crâne sont en général assez discrètes et d'une interprétation souvent délicate ».

Il existe: 1° des *modifications d'ordre général* comme dans toutes les tumeurs du cerveau évoluant lentement; relevant de l'hypertension intracranienne généralisée elles n'ont aucune valeur localisatrice. D. et S. cependant insistent sur « l'épaississement massif et généralisé des os du crâne » pouvant donc intéresser et parfois asymétriquement les petites ailes du sphénoïde.

2° Des *modifications locales;* relevant de mécanismes divers elles « siègent avec prédilection sur la petite aile du sphénoïde et les parties adjacentes de l'orbite, dans la région du ptérion, au niveau de la selle turcique ».

a) *Petites ailes du sphénoïde* : fréquentes et variées ces modifications sont tantôt significatives, tantôt peu nettes, tantôt causes d'erreur.

On les étudiera avant tout par la stéréo-radiographie en trois positions (de face, front-nez, plaque, profils droit et gauche, position de Hirtz). Il faut noter que: certains méningiomes peuvent évoluer sans signes radiologiques (4 sur 23), qu'en raison de l'asymétrie possible des petites ailes il ne faut tenir compte que des modifications importantes ou accompagnées d'autres signes radiologiques.

Ces manifestations peuvent consister en *érosions* (décalcifications globales ou localisées) bilatérales, en général sans valeur localisatrice ou étiologique, ou unilatérales que les A. ont observées dans huit cas, soit 34 pour 100, cinq fois du côté malade, trois fois du côté sain.

L'érosion unilatérale prend souvent une valeur topographique, traduisant en général l'existence d'une tumeur de la fosse temporale du même côté sans permettre d'en présager la nature ; dans d'autres cas, elle est consécutive à l'hypertension intracranienne et s'accompagne des signes de celle-ci ; elle perd alors toute valeur localisatrice ; enfin elle peut siéger du côté opposé à la tumeur de la fosse moyenne et peut alors prêter à une erreur grave .

Hyperostoses, assez fréquentes, peuvent constituer un signe de valeur observé par les A. 8 fois (34 pour 100) et toujours du même côté que la tumeur. Il peut s'agir d'hyperostose généralisée (aspect typique de l'ostéome de la petite aile d'une valeur diagnostique considérable) ou localisée, d'interprétation difficile et de diagnostic délicat avec certaines structures anormales.

b) *Région du ptérion ;* les lésions sont fréquentes et marquées dans les méningiomes de la variété externe qui ont l'artère méningée moyenne pour pédicule. Multiples elles peuvent consister en formations ostéogéniques, pertuis, sillons vasculaires, en particulier dilatation du canal de l'artère méningée moyenne (se rappeler que ces dilatations peuvent s'observer au cours des arachnoïdites).

c) *Selle turcique :* les modifications en sont fréquentes (17 cas sur 22, soit 77 pour 100), symétriques et bilatérales, sans intérêt pour le diagnostic topographique, d'ailleurs d'intensité variable, ou unilatérales, beaucoup plus significatives au point de vue topographique, mais non au point de vue étiologique puisque si elles sont surtout le fait des tumeurs de la variété interne ou des grosses tumeurs de la variété moyenne on peut les observer dans toutes les tumeurs de la fosse temporale.

d) *Lésions diverses :* citons l'élargissement de la fosse temporale du côté malade (3 cas), et, accessoirement, l'effondrement du plafond de l'orbite, l'envahissement des sinus sphénoïdal ou ethmoïdal.

e) *Calcifications ;* seul signe radiologique direct de tumeur. D. et S. en ont observé dans 5 cas.

En concluant les A., insistant sur le rôle capital de la clinique, admettent que s'il existe des signes discutables au point de vue topographique ou ayant une valeur en ce sens, et des signes de probabilité (5 fois sur 23 cas), *l'ostéome généralisé de la petite aile* (3 fois sur 23 cas) *constitue un signe de quasi-certitude.*

Pour apprécier l'intérêt de cet article il convient d'étudier les clichés et schémas remarquables qui l'illustrent à profusion. MOREL KAHN.

M. Pehu, **G. Morin** et **A. Richard**. ***Action de l'actinothérapie ultra-violette sur l'excitabilité neuro-musculaire dans l'enfance*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVII, n° 4, Avril 1933). — Les recherches de P., M. et R. sur les modifications pathologiques de la chronaxie chez l'enfant leur ont permis de constater des variations de ce test d'excitabilité sous l'influence des U. V. et ils en ont poursuivi l'étude.

Les rayons U. V. peuvent agir, hypothétiquement: 1° *en modifiant le milieu humoral* (composition, pH...) ; 2° *en provoquant des variations réflexes d'excitabilité* dont le point de départ serait les terminaisons nerveuses cutanées et P., M. et R. rappellent à ce propos les principales recherches effectuées jusqu'ici et discutent les hypothèses formulées pour expliquer que des radiations aussi peu pénétrantes que celles émises par des lampes à vapeur de mercure ont une influence aussi marquée: 1° *Hypothèse de l'action chimique*, l'irradiation déterminant dans les tissus des réactions chimiques qui modifient le milieu intérieur ; c'est l'action « vitaminique » des rayons ultra-violets; 2° *Hypothèse de l'action nerveuse*, soulevée par Rothman, l'action primitive de la lumière étant d'ordre nerveux et ayant pour point d'attaque les terminaisons sympathiques cutanées, d'où hypotonie sympathique.

Pour d'autres auteurs, il y aurait hypotonie vagale. En somme, si les rayons ultra-violets semblent bien modifier le tonus végétatif on ne saurait préciser le sens de cette modification.

3° *Hypothèse de l'action électro-ionique*, émise par Saidman, d'après laquelle les micelles protoplasmiques des couches superficielles de la peau, frappées par les quanta de lumière ultra-violette, émettraient des électrons, les charges négatives ainsi émises étant susceptibles d'agir à distance en raison du véritable courant qui en résulte.

P., M. et R. ont poursuivi leurs expériences chez des enfants de 14 mois à 12 ans et rapportent 8 observations ; de leurs recherches ils concluent que, dans les conditions où on l'utilise actuellement, l'actinothérapie par les ultra-violets modifie l'excitabilité neuro-musculaire chez l'enfant ; le plus souvent on constate une diminution de la chronaxie, parfois cependant une augmentation, certains muscles paraissant échapper à toute variation importante. Ces modifications de la chronaxie varient d'ailleurs au cours du traitement et en fonction de certains facteurs encore obscurs.

Ces expériences prouvent que, lors de l'étude de la chronaxie chez l'enfant, on ne saurait interpréter les résultats sans tenir compte d'un traitement éventuel par les ultra-violets.

MOREL KAHN.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

R. Martial. ***Etude de l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration*** (*L'Hygiène mentale*, t. XXVIII, nos 2 et 3, Février-Mars 1933). — L'auteur du « Traité de l'immigration et de la greffe inter-raciale » expose, dans une étude objective et complète, la question de la sélection mentale des immigrants.

La proportion des étrangers parmi les aliénés internés dépasse aujourd'hui 10 pour 100 dans le département de la Seine. Mais la France ne pratique aucune politique de l'immigration.

Aux Etats-Unis, les médecins des services de l'immigration reçoivent des instructions très précises et sévères : des épreuves psychologiques définies sont prévues, voire des pénalités contre les compagnies de navigation transportant des malades mentaux.

L'auteur propose une réglementation applicable à la France, comportant un examen médical à trois degrés: 1° examens clinique, psychologique et biologique dans un service hospitalier du centre de recrutement (ce premier examen opère un classement dont les meilleurs éléments seront ensuite appelés au fur et à mesure des besoins); 2° examen au départ ; 3° examen à l'arrivée par les offices d'immigration de la frontière. Cette organisation diminuerait notablement la proportion des étrangers dans les asiles d'aliénés.

G. D'HEUCQUEVILLE.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Voron, **H. Pigeaud** et **A. Brochier**. ***Quelques observations d'hémorragies intra-craniennes péribulbaires et péricérébelleuses chez des nouveau-nés*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. XIV, n° 318, 5 Avril 1933). — Chez 2 nouveau-nés syphilitiques congénitaux, prématurés de six mois trois quarts et sept mois et demi, l'un cyanotique mort au bout de trente-cinq heures, l'autre avec cyanose et fièvre ayant succombé au quatrième jour, l'autopsie a permis de constater des hémorragies intracraniennes à localisation exclusivement sous-tentoriale, péricérébelleuses et péribulbaires.

La localisation des hémorragies méningées du nouveau-né au-dessous de la tente du cervelet est presque toujours prédominante ; mais, en général, ce sont d'autres foyers péri-encéphaliques qui attirent l'attention. Lorsque l'hémorragie est purement péribulbaire et péricérébelleuse, elle peut passer inaperçue si on n'a pas la précaution d'enlever la tente du cervelet en respectant la zone d'implantation de la base de la faux du cerveau.

L'accouchement s'était déroulé mécaniquement de façon normale et ces hémorragies peuvent être considérées comme d'origine médicale. La localisation exclusivement cérébelleuse et bulbaire, l'existence de lésions syphilitiques, cutanées et viscérales, l'existence de lésions hémorragiques et inflammatoires à l'intérieur du parenchyme nerveux, sont des arguments en faveur de l'origine non traumatique de ces hémorragies. La cyanose, les troubles de la régulation thermique, la mort subite des enfants tarés, particulièrement des enfants atteints de syphilis congénitale, relèvent très probablement de ces hémorragies intra-craniennes.

ROBERT CLÉMENT.

A. Pic, **P. Delore** et **J. Lacroix**. ***Traitement de l'état de mal asthmatique par l'abcès de fixation*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 319, 20 Avril 1933). — Dans 3 cas de crises d'asthme subintrant, constituant un véritable état de mal durant depuis dix et quinze jours, avec une intensité particulière des symptômes fonctionnels, l'abcès de fixation a eu une action rapide.

Dans un cas, dès le lendemain, on observait une diminution notable de la dyspnée et sa disparition le surlendemain ; dans les deux autres cas, dyspnée et cyanose ont persisté une dizaine de jours, mais les accès paroxystiques ont disparu dès l'injection. Dans deux cas, l'effet a été durable, les malades au bout d'un an n'avaient pas présenté à nouveau de phénomènes paroxystiques subintrants.

Il n'est pas question d'employer cette thérapeutique pour une simple crise d'asthme ; mais lorsqu'on se trouve en présence d'un état de mal asthmatique, rebelle à toutes thérapeutiques, particulièrement lorsqu'il y a des phénomènes inflammatoires surajoutés, l'abcès de fixation sera indiqué. Il ne semble pas agir seulement comme un simple agent de pyrétothérapie ; le mécanisme de son effet thérapeutique paraît complexe et à côté d'une action de choc possible il faut invoquer au moins un autre facteur, celui de la dérivation leucocytaire. ROBERT CLÉMENT.

H. Thiers et **G. Germain.** ***Les crises urémiques des débâcles urinaires postanuriques survenant en l'absence de syndrome hydropigène ou chloropénique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 319, 20 Avril 1933). — Chez 2 sujets, l'un ayant présenté une néphrite mercurielle à la suite d'une intoxication volontaire par le cyanure de mercure, l'autre ayant présenté une anurie de trois jours au cours d'une néphrite infectieuse, on put constater, au moment même où à l'anurie succédait une polyurie libératrice, le développement d'une urémie surtout nerveuse d'allure, particulièrement grave, mais d'évolution spontanément curable. Or, ces deux sujets ne présentaient pas d'anasarque, ni de syndrome chloropénique, on ne peut expliquer les accidents ni par une résorption d'œdème, ni par la chloropénie. Les examens chimiques démontraient que la débâcle urinaire correspondait à une diurèse véritable avec élimination à concentration suffisante de l'urée et des chlorures.

Il s'agit là d'une forme spéciale d'urémie qu'il faut distinguer des crises salutaires qui précèdent la débâcle urinaire, des accidents par résorption d'œdème, des syndromes chloropéniques post-anuriques et surtout des diurèses insuffisantes et trompeuses chez un anurique dont le rein n'a pas récupéré son pouvoir de concentration.

La pathogénie de ce syndrome paraît impossible à préciser. T. et G. admettent l'hypothèse qu'il s'agit de manifestations cliniques de l'urémie en retard sur les perturbations chimiques et ne se manifestant par coïncidence qu'au moment où commence à se rétablir la diurèse.

Le pronostic serait excellent; les 2 malades ont guéri, bien que l'un ait présenté des myoclonies azotémiques de longue durée. L'abstention thérapeutique a été strictement observée.

ROBERT CLÉMENT.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD
(Lille)

Muller. ***Lésions du cœur et des gros vaisseaux par traumatismes fermés directs*** (*L'Echo médical du Nord*, t. XXXVI, n° 16, 22 Avril 1933). — M. a rassemblé 21 observations de traumatismes thoraciques ayant entraîné des délabrements plus ou moins importants de l'appareil cardio-vasculaire; il s'agit dans tous les cas d'altérations trouvées à l'autopsie chez des individus présentant par ailleurs des lésions très étendues incompatibles avec la vie.

Il s'agit presque toujours d'organes antérieurement sains et on a tenu compte que les traumatismes ne s'accompagnaient pas de plaies ouvertes.

Les lésions cardio-vasculaires consécutives aux grands traumatismes, qu'il s'agisse de chocs, de chute d'un lieu élevé, d'écrasement par automobiles, camions ou chemins de fer, présentent une grande diversité. Le traumatisme thoracique peut ne provoquer que des ecchymoses péricardiques, des déchirures péricardiques, des ecchymoses sous-séreuses du myocarde. Ce sont probablement ces lésions qui, en cas de survie, peuvent s'organiser et provoquer des troubles cardiaques plus ou moins marqués. Elles expliqueraient le mécanisme des péricardites, symphyses, myocardites post-traumatiques. Mais on peut observer aussi des lésions beaucoup plus importantes: grandes déchirures du péricarde, ruptures sous-séreuses du ventricule, rupture du cœur dans un sac péricardique intact, rupture du cœur avec éclatement du sac péricardique. Ces ruptures ou déchirures se font par éclatement ou quelquefois par un fragment de côte fracturée. On a observé encore de nombreuses lésions vasculaires, rupture de l'aorte, de l'artère pulmonaire, de la veine cave supérieure, des artères intercostales. Parfois enfin, le cœur est complètement chassé de sa loge après éclatement du péricarde et le cœur lui-même peut être déchiqueté en plusieurs fragments.

Par contre, M. n'a jamais rencontré de rupture valvulaire chez des blessés de la voie publique.

Ces lésions cardio-vasculaires ne sont pas fréquentes au cours des traumatismes du thorax; ces 21 observations ont été recueillies en douze ans parmi un millier d'autopsies médico-légales. Elles illustrent le fait que les délabrements étendus peuvent se cacher derrière des parois thoraciques en apparence intactes, ou même tout à fait intactes.

ROBERT CLÉMENT.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Friedemann et **Beer.** ***La réaction de Hanganatziu-Deischer au cours de l'angine agranulocytaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 12, 24 Mars 1933). — La réaction découverte indépendamment par Hanganatziu et par Deischer est caractérisée par une agglutination élevée des globules rouges du sang des espèces animales par le sérum des sujets ayant subi la sérothérapie.

Cette réaction paraissait spécifique et n'avait pu être décelée chez les malades atteints d'affections allergiques variées (Lesné et Waitz, Davidsohn, Kagan).

Récemment Paul et Bundill ont trouvé une réaction de H. D. positive dans 4 cas d'angine agranulocytaire.

F. et B. l'ont recherchée dans 19 nouveaux cas et l'ont trouvée constamment positive, alors qu'elle était négative dans 6 cas de leucémie lymphatique.

Au cours de l'angine de Vincent que F. et B. considèrent comme une affection de la même famille que l'angine agranulocytaire, mais revêtant une forme locale, la réaction était négative.

Sa recherche lors de la fièvre ganglionnaire de Pfeiffer pourrait fournir un argument intéressant dans la discussion des relations unissant les deux affections. Dans le seul cas de fièvre ganglionnaire observé par F. et B. la réaction d'agglutination s'est montrée positive.

G. DREYFUS-SÉE.

Ercklentz. ***Le traitement radiothérapique des arthrites chroniques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 12, 24 Mars 1933). — Les cas traités concernent des arthrites chroniques secondaires, gonococciques, syphilitiques, endocriniennes, ainsi que les ostéoarthropathies déformantes ayant subi sans succès diverses tentatives thérapeutiques.

Le traitement aurait amené de remarquables sédations de la douleur et de l'impotence. Il agit peu sur les altérations anatomiques osseuses et cartilagineuses elles-mêmes, mais on sait que celles-ci sont loin de conditionner les symptômes pathologiques.

L'efficacité des rayons X serait plus nette et plus durable que celle des diverses méthodes médicamenteuses locales ou générales et les résultats obtenus par E. confirmant les essais thérapeutiques antérieurement publiés doivent encourager l'extension de la radiothérapie des affections articulaires chroniques douloureuses et ankylosantes.

G. DREYFUS-SÉE.

K. Huldchinsky. ***Sarcome oculaire des rats provoqué par l'action anormalement prolongée des irradiations ultraviolettes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 14, 2 Avril 1933). — 5 rats blancs de 6 à 8 semaines, irradiés pendant 1 an, 2 heures par jour, avec une lampe de quartz, ont présenté une lésion sarcomateuse oculaire dont le point de départ était la cornée.

En utilisant pour une autre série d'animaux une lampe d'un type différent n'émettant aucune radiation de moins de 270 μ on n'obtient que 3 fois des tumeurs oculaires sur 7 animaux soumis aux rayons ultra-violets.

Il semble donc qu'on puisse incriminer plus particulièrement les rayons de courtes longueurs d'onde dans le déterminisme de ces tumeurs oculaires qui ne sont d'ailleurs obtenues qu'en utilisant des doses très anormalement élevées et prolongées d'irradiations ultra-violettes.

G. DREYFUS-SÉE.

Lewenstein et **Schmitz.** ***Psychoses grippales au cours de l'épidémie de 1932-33*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 17, 28 Avril 1933). — A l'inverse de ce qui a été observé lors des épidémies de grippe de 1890-91 et de 1918-19, l'épidémie 1932-33 a donné lieu à peu de syndromes psychiques. L. et S. en ont observé 13 qui présentaient les caractères habituels délirants et dépressifs, mais offraient une remarquable prédominance psychomotrice. Les sujets se présentaient dès le huitième jour de la maladie après la chute fébrile avec un syndrome hyperkinétique ou au contraire akinétique.

L'hyperkinésie du syndrome grippal est essentiellement rythmique avec une agitation expressive très caractéristique : gestes de menaces, d'essuyage, de repassage, etc.

Les akinétiques avaient une absence totale de mimique, les yeux grands ouverts, le faciès inexpressif, ils demeuraient immobiles dans leur lit et s'opposaient aux mouvements passifs qu'on voulait leur faire exécuter; ils étaient habituellement silencieux avec quelques rares paroles incohérentes témoignant de leur désorientation.

Ce syndrome de psychose de motilité paraît spécial à la grippe sans que le rôle du virus grippal puisse être affirmé. Souvent la grippe s'était accompagnée de troubles de défaillance circulatoire marqués, avec cyanose et assez fréquemment de complications pneumoniques.

Le liquide céphalo-rachidien, au cours des syndromes psychiques, est habituellement normal.

L'évolution ultérieure des psychoses grippales ne peut encore être précisée étant donné que les cas observés sont récents. Deux des malades sont décédés et l'étude anatomo-pathologique de leur système nerveux fera l'objet d'un travail ultérieur.

G. DREYFUS-SÉE.

DER CHIRURG
(Berlin)

Seemen (Munich). ***L'état actuel de l'électrochirurgie*** (*Der Chirurg*, t. V, n° 8, 15 Avril 1933). — Parmi les nombreuses applications chirurgica-

les du courant électrique, S. ne passe en revue que celles du courant à haute fréquence. Il les groupe sous le nom d'électrochirurgie, comprenant la dessiccation électrique ou électrocoagulation en surface, l'électrocoagulation proprement dite ou en profondeur et l'électrotomie ou section électrique.

Afin de réduire les insuccès que l'on trouve signalés encore trop souvent, le chirurgien ne doit pas seulement rester en collaboration étroite avec l'ingénieur-électricien, mais également se tenir au courant des particularités de la technique électrochirurgicale et de l'évolution des plaies produites par le bistouri électrique. De toutes les actions du courant à haute fréquence qui ont été mises en cause, l'auteur ne retient qu'une action calorique (effet Joule).

Les possibilités de l'électrochirurgie peuvent être classées en trois groupes : 1° Les opérations exclusivement électriques, utilisant soit l'électrocoagulation (tumeurs bénignes, certaines fistules), soit l'électrodessiccation (certains angiomes, fissure anale), soit l'électrotomie (muscles, tube digestif, organes parenchymateux); 2° les opérations combinées, électriques et mécaniques (la plupart des interventions importantes, surtout celles pour cancer); 3° les opérations où le bistouri électrique présente certains avantages, notamment pour l'hémostase.

Les améliorations techniques, les observations cliniques et les recherches expérimentales ont permis de mieux préciser les indications et d'éviter ainsi les ennuis d'une hémorragie secondaire, d'une blessure d'un organe voisin ou d'une cicatrisation défectueuse. Les expériences ont porté surtout sur la section électrique qui s'accompagne toujours d'un liséré de nécrose; mais la profondeur de celui-ci varie essentiellement avec le courant employé (courant « peu coagulant » et « très coagulant »), et avec le tissu qu'on incise (la section de la peau et des aponévroses s'accompagne toujours d'un liséré de nécrose profond et est à déconseiller).

Les avantages de l'électrochirurgie sont multiples : diminution de l'hémorragie, calfatage des espaces lymphatiques, absence de dissémination cellulaire et microbienne; les expériences de Schorcher ont montré que les microbes poussent beaucoup moins sur du tissu coagulé qui, par ailleurs, forme barrière, en même temps qu'il les encapsule. La diminution remarquable du choc opératoire après l'emploi du bistouri électrique serait due, pour S., à trois facteurs: 1° la destruction des voies de la sensibilité douloureuse au niveau de la plaie; 2° le défaut de formation des toxines tissulaires primitives; 3° la diminution de la résorption au niveau de la plaie par suite de l'oblitération des capillaires.

S. ne se sert pas d'un appareil à lampes, mais d'un appareil à éclateurs qui fournit un courant « peu coagulant ». Cet appareil est réglé une fois pour toutes avant chaque intervention et, grâce à des manipulations très simples, peut servir aussi bien à la section qu'à la coagulation. Pour terminer l'auteur décrit la technique de l'hémostase par coagulation (qu'il n'utilise d'ailleurs que pour les petits vaisseaux, exceptionnellement pour ceux de calibre moyen) et donne quelques détails sur l'emploi du bistouri électrique dans la gassérectomie suivant la technique de Kirschner, et dans le traitement des cancers de la face et des tumeurs osseuses.

J.-Ch. Bloch.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE *(Leipzig)*

Klare. ***Pronostic de la dilatation bronchique chez l'enfant*** (*Zeitschrift für Tuberculose*, t. LXVII, n° 3, 1933). — Affection beaucoup plus fréquemment rencontrée dans l'enfance depuis qu'ont été mises en œuvre les méthodes par injection d'huile iodée, la bronchectasie peut cependant se diagnostiquer par l'examen clinique attentif avec radiographie sans préparation. K. préfère ce dernier mode d'investigation, craignant les conséquences parfois désagréables de l'introduction d'huile iodée dans les voies respiratoires, d'autant plus que chez l'enfant il ne saurait s'agir d'autre chose que d'un traitement conservateur.

K. a observé, de 1921 à 1928, 159 enfants atteints de dilatation des bronches; la mortalité a été de 10 pour 100; dans 32 pour 100 des cas, pas d'amélioration; dans 33,4 pour 100, amélioration; dans 27,6 pour 100, guérison. Les cas les plus favorables sont les bronchectasies du lobe supérieur.

G. Basch.

Gerwiener. ***Traumatisme et tuberculose pulmonaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVII, n° 4, 1933). — L'observation sur laquelle épilogue G. concerne un homme de 24 ans, ouvrier dans une filature, qui, à la suite d'une chute d'une hauteur de 4 mètres, présenta une forte contusion des parties molles de l'épaule droite; cet accident survint le 4 Mars 1899. A la suite de cet accident, il présenta des symptômes de tuberculose pulmonaire, et fut pensionné à partir de 1900, l'atteinte bacillaire ayant été considérée comme secondaire au traumatisme.

L'étude critique à laquelle se livre G. à l'égard du dossier de ce blessé, dossier qui ne comporte pas moins de 40 pièces, tend à rejeter l'origine traumatique de la tuberculose pulmonaire et à la rattacher à des lésions de l'enfance; il s'agit d'ailleurs actuellement de lésions scléreuses, dont l'origine traumatique paraît des plus douteuses. Il conclut donc au retrait de la pension qu'il considère comme ayant été indûment touchée pendant 30 ans.

G. Basch.

LA SEMANA MEDICA *(Buenos-Aires)*

J. B. Galland. ***La menstruation dans la tuberculose pulmonaire*** (*La Semana Medica*, t. XL, n° 11, 16 Mars 1933). — G. rappelle d'abord l'action de la tuberculose sur les sécrétions internes : le processus lèse les glandes d'une manière latente au cours des poussées fluxionnaires, spécialement les surrénales, le pancréas, les glandes génitales.

On observe chez les bacillaires la puberté précoce par excitation toxique, et la puberté tardive par insuffisance de la nutrition. Plus tard, la dysménorrhée dans les formes frustes et, dans les formes avancées, l'aménorrhée sont fréquentes.

Certains auteurs considèrent les menstruations comme très périlleuses pour les bacillaires. Les hémoptysies, les pleurésies apparaissent avec prédilection dans la période pré-menstruelle. La réaction thermique s'accentue d'ordinaire pendant les règles.

G. a particulièrement étudié la cholestérinémie dans le cycle menstruel des bacillaires, par comparaison avec le cycle menstruel normal. Au cours des cycles menstruels successifs, la cholestérinémie s'abaisse avec les progrès des lésions pulmonaires. Chez les aménorrhéiques, la cholestérinémie suit fidèlement les modifications de l'état général.

G. d'Heucqueville.

LA CLINICA *(Buenos-Aires)*

A. J. Valenzuela. ***Quelques considérations sur le traitement de certains états abdominaux aigus par le sulfate de magnésie (en goutte-à-goutte) et l'émétine*** (*La Clinica*, t. X, n° 1, 1er Janvier 1933). — Contrairement aux idées courantes, il existe une thérapeutique médicale efficace de l'appendicite. V. a réuni 32 observations d'appendicite médicalement traitées avec succès, sauf dans un seul cas.

Il rapporte notamment l'observation d'un malade frappé d'appendicite gangréneuse suraiguë, parvenu rapidement à la période pré-agonique. Selles muco-purulentes contenant des amibes. Intervention impossible en raison de l'état général. On administre de l'émétine en injections sous-cutanées. En même temps, l'intestin est irrigué par goutte-à-goutte avec une solution isotonique de sulfate de magnésie. Le malade guérit.

Succès semblables dans des cas d'occlusion intestinale, de péritonite aiguë.

V. insiste sur les propriétés antispasmodiques remarquables de la solution isotonique de sulfate de magnésie, administrée en goutte-à-goutte. Il montre d'autre part la fréquence des appendicites parasitaires dues au *Plasmodium praecox* et à l'*Amaeba hystolytica*. Il convient donc de ne pas opérer les appendicites d'une manière systématique et aveugle.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS ARGENTINOS DE NEUROLOGIA *(Buenos-Aires)*

A. F. Landivar et **C. L. Iparraguirre.** ***Névrite du crural et appendicite*** (*Archivos argentinos de Neurologia*, t. VII, n° 5, Décembre 1932). — Observation d'un jeune homme de 14 ans, sans antécédents notables, qui présente deux crises d'appendicite banales. Appendicectomie à froid. Le troisième jour après l'opération, apparaissent des douleurs de la région interne de la cuisse droite. Puis les mouvements de la cuisse se paralysent progressivement dans l'espace d'une semaine. Atrophie du quadriceps. Abolition du réflexe rotulien droit. Réaction de dégénérescence complète du quadriceps droit. Aucun trouble de la sensibilité.

Après 6 mois de traitement diathermique, quelques mouvements redeviennent possibles ; et, en 3 mois, la récupération fonctionnelle est intégrale.

Il faut admettre que cette névrite motrice presque pure relève d'une étiologie infectieuse ; l'intervention a ouvert des foyers de toxines microbiennes, lesquelles ont imprégné le tronc voisin du crural.

G. d'Heucqueville.

LE SCALPEL *(Bruxelles)*

F. Albert. ***Les réactions vaso-motrices aux oblitérations vasculaires*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 15, 15 Avril 1933). — L'oblitération veineuse produit une hausse progressive de la pression artérielle périphérique qui peut dépasser le niveau de la pression centrale, probablement sous l'influence d'une action vaso-constrictive périphérique intense. L'oblitération totale d'une grosse artère d'un membre produit dans ce membre un état de vaso-dilatation extrêmement prononcé. La ligature simultanée de la veine est curative ou prophylactique des accidents consécutifs à l'oblitération artérielle par la vaso-constriction périphérique active qu'elle réalise.

Pour A, « une réaction vaso-motrice périphérique peut se faire indépendamment de tout système nerveux extrinsèque. Une réaction vaso-motrice réflexe, d'origine nerveuse, une fois amorcée pourra éventuellement survivre à la cause productrice si dans l'intervalle, sous l'influence du phénomène vaso-moteur primitif, il s'est établi une altération plus ou moins profonde du métabolisme périphérique. » C'est probablement l'explication de certains troubles physiopathiques qui persistent longtemps après un traumatisme périphérique parfois insignifiant. Un phénomène quelconque modifiant provisoirement la vaso-motricité troublée pourra

briser le cercle vicieux et réaliser un état physiologique normal de la nutrition du tissu.

On peut éventuellement par la ligature des vaisseaux, artères ou veines, et aussi par simple compression, obtenir, au choix, une vaso-dilatation ou une vaso-constriction périphérique. La compression artérielle ne vient qu'ajouter un élément de plus aux différents moyens que nous connaissons pour réaliser une vaso-dilatation périphérique, telle que la sympathectomie périartérielle, les ramisections, etc... Au contraire, la ligature veineuse, ou, dans certains cas, la compression veineuse, enrichit notre arsenal thérapeutique d'une méthode simple et parfois très efficace.

Par ces simples compressions vasculaires, A. a vu s'arrêter et se guérir certains troubles physiopathiques, notamment ces lésions très particulières qui, chez certains endartéritiques, simulent à s'y méprendre l'infection torpide de l'ongle incarné. Sans obtenir de résultats complets, il a pu ainsi, également, améliorer quelquefois certaines claudications intermittentes.

Robert Clément.

BRAZIL MEDICO
(Rio de Janeiro)

H. de Beaurepaire Aragao. ***Les vaccinations contre la fièvre pourprée*** (*Brazil Medico*, t. XLVII, n° 5, 4 Février 1933). — B. A. expose les premiers résultats des travaux entrepris à l'Institut Oswaldo Cruz. La sérothérapie et la vaccinothérapie associées lui ont donné 5 succès qu'il rapporte.

Technique: on injecte d'abord, par voie intramusculaire, 3 centicubes d'un mélange de 4 sérums provenant de 4 sujets immunisés; puis, six heures après, par voie sous-cutanée, 2 cmc du même sérum avec un milligramme de virus cérébral de camondongo.

On peut substituer un sérum animal au sérum humain. La réaction est peu marquée, l'immunité durable.

G. d'Heucqueville.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA
(Montreal)

J. E. Panneton. ***La radiothérapie chez les jeunes femmes*** (*L'Union médicale du Canada*, t. LXII, n° 4, Avril 1933). — La radiothérapie, d'abord employée pour les fibromes utérins et les hémorragies de la ménopause chez des femmes dépassant l'âge de 40 ans, est actuellement appliquée à des femmes de plus en plus jeunes, soit qu'elles préfèrent cette méthode aux interventions chirurgicales, soit que celles-ci aient donné des résultats insuffisants. Chez les très jeunes femmes, la suppression des menstruations n'est que temporaire et la grossesse reste possible. Chez 3 malades, P. a pu constater après disparition de fibromes de petit volume, et stérilisation temporaire variant de un à cinq ans, sous l'influence de la radiothérapie, le développement d'une grossesse. Sauf un cas de grossesse extra-utérine, la gestation a pu être menée jusqu'au bout sans incident et le produit de ces conceptions longtemps après la radiothérapie n'est pas nécessairement un avorton ou un infirme.

Les malformations, la prématurité ou la naissance en retard sont très fréquents lorsque de fortes irradiations ont été données dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, ou lorsque la conception a lieu peu après de fortes irradiations; il n'en est pas de même lorsque celle-ci a lieu plus tard. Il est de règle de proscrire toute conception avant qu'il ne se soit écoulé un intervalle d'au moins cinq mois depuis les dernières irradiations. Enfin, lorsqu'on traite un fibrome ou une métrorragie persistante chez une jeune femme, il est préférable de diriger les rayons X uniquement sur l'utérus en protégeant les régions ovariennes par des plaques de plomb et de n'utiliser que 2 portes d'entrée, une antérieure et une postérieure, en laissant de côté les portes d'entrée latérales qui ne permettent pas d'éviter les ovaires avec les rayons directs.

Robert Clément.

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA
DE LA HABANA

P. Kouri, J. M. Bolanos et C. R. Fuentes. ***Amibiase cutanée par Entamaeba hystolytica*** (*Revista de Medicina y Cirugia de la Habane*, t. XXXVIII, n° 2, Février 1933). — K., B. et F. rapportent l'observation d'un homme de 44 ans, entré à l'Institut du Cancer pour une ulcération d'apparence épithéliomateuse du périnée. Mort par cachexie rapide.

L'examen biopsique avait suggéré le diagnostic d'actinomycose. Mais celui-ci est rectifié, plusieurs mois après la mort, par des recherches anatomiques plus approfondies. Les microphotographies montrent en effet, outre des cordons épithéliaux néoformés et des zones de nécrose, la présence d'amibes de l'espèce Entamaeba histolytica.

Ces amibes manifestent une prédilection marquée pour les couches superficielles de l'épiderme. L'infection se propage en surface. Il serait instructif d'étudier cette propagation sur la peau d'un animal inoculé.

Bibliographie complète des amibiases cutanées.

G. d'Heucqueville.

ANALES DE MEDICINA INTERNA
(Madrid)

A. G. Alarcan. ***La fièvre de l'atropine*** (*Anales de Medicina Interna*, t. II, n° 3, Mars 1933). — A. a observé souvent, chez les nourrissons qui recevaient une injection d'atropine, une brusque et passagère élévation de température. Il reproduit 8 courbes en clocher très démonstratives.

Ce phénomène s'explique par l'action de la drogue sur le système vago-sympathique de l'enfant, encore très labile. L'atropine, agent amphotrope, excite d'abord le système orthosympathique, qui déclanche une hyper-thyroïdie transitoire avec accélération du métabolisme. Il en résulte un dégagement exagéré de chaleur.

Puis, dans une seconde phase, le vague est excité à son tour, d'où sécheresse cutanée.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE MEDICINA,
CIRUGIA Y ESPECIALIDADES
(Madrid)

G. Maranon. ***Radiculite par spondylite mixte, goutteuse et infectieuse*** (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, t. XIV, n° 8, 25 Février 1933). — M. rapporte l'observation d'un malade, atteint de rhumatisme poly-articulaire, qui souffre depuis plusieurs années de névralgies dans l'hémithorax gauche. Les trois dernières vertèbres cervicales sont douloureuses à la percussion. L'auscultation et la radioscopie révèlent un emphysème discret. Le sujet est porteur de tophi; son uricémie est élevée, 4 gr. 61.

Les névralgies s'expliquent par une radiculite, secondaire à une spondylite goutteuse des dernières vertèbres cervicales, nette sur la radiographie. Cette spondylite représente l'éclosion d'une infection focale de voie d'entrée dentaire sur le terrain goutteux.

G. d'Heucqueville.

T. Hernando. ***La somnolence dans les tumeurs du médiastin*** (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, t. XIV, n° 8, 25 Février 1933). — H. cite plusieurs observations de malades porteurs de tumeurs du médiastin, comprimant notamment la veine cave supérieure. Ils présentaient une somnolence anormale, une tendance continuelle au sommeil. La pathogénie de ce phénomène est discutée.

Pour certains, c'est la compression des troncs vago-sympathiques au niveau du médiastin qui provoque la somnolence. D'autres accusent la polycythémie, fréquente chez ces malades.

H. admet la théorie de la congestion passive encéphalique. Elle se manifeste par des symptômes accessoires, tels que congestion de la face, hémorragies des muqueuses. La même pathogénie explique la somnolence qui accompagne les tumeurs cérébrales, qui suit les crises épileptiques, les insolations, tous phénomènes augmentant la tension du liquide céphalo-rachidien. La somnolence semble la réaction, à cette hypertension, des centres végétatifs de la base et de l'hypophyse.

La rétention d'acide carbonique ne joue qu'un rôle secondaire.

G. d'Heucqueville.

M. A. Gonzalez. ***Physiologie et pathologie du métabolisme du brome*** (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, t. XIV, n° 10, 11 Mars 1933). — G. critique tout d'abord les méthodes biologiques habituelles de mesure du taux du brome, méthode gravimétrique par les sels d'argent, méthode calorimétrique basée sur la réaction de Guareschi, méthodes électrométriques. Il emploie la méthode chimique de Roman, après séparation de l'iode et du chlore. Cette méthode s'est montrée très fidèle dans les expériences de contrôle.

G. a dosé le brome dans le sang de sujets normaux et de malades atteints de psychose périodique, de syndrome de Parkinson, de schizophrénie. Le taux normal moyen est de 0 milligr. 8 dans 100 centicubes de sang. Il s'abaisse à 0,5 chez les circulaires ; s'élève au contraire à 1,0 et 1,1 respectivement chez les schizophrènes et les parkinsoniens.

Le brome se fixe électivement sur l'hypophyse, qui contient de 15 à 30 milligr. pour 100 gr. Comme l'ont établi Zondek et Bier, une partie de ce brome hypophysaire émigre dans le sommeil vers les centres bulbaires. Le métabolisme du brome est régi par l'hypophyse comme le métabolisme de l'iode par la thyroïde.

Le brome circule soit à l'état d'ion Br, soit à l'état de combinaison organique, homologue de la thyroxine pour l'iode. Ces éléments bromés des humeurs paraissent commander le comportement psychomoteur de l'organisme.

G. d'Heucqueville.

J. A. Collazo, J. Puyal et I. Torres. ***Les hormones cardiaques, l'acide lactique et le glucose dans le sang*** (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, t. XIV, n° 21, 27 Mai 1933). — L'on a préparé, sous le nom d'hormones cardiaques, d'une part des extraits musculaires tels le « lacarnol », à base d'acide adénilique, d'autre part des extraits pancréatiques, comme l'« angioxyl », la « vagotonine » et la « padutine ».

Les auteurs ont déterminé la glycémie et la lactacidémie chez 20 cobayes soumis successivement à des injections de lacarnol et de padutine.

L'hormone musculaire abaisse la lactacidémie de 31 à 24 milligr. (pour 100 gr. de sang) dans une heure, et élève au contraire la glycémie de 94 à 101 milligr.

L'action de la padutine, hormone pancréatique, est moins nette. Le plus souvent, les taux de l'acide lactique et du glucose s'abaissent légèrement.

Tout se passe donc comme si les diverses hor-

mones cardiaques agissaient directement sur le métabolisme du phosphore et des hydrates de carbone, dans les muscles squelettiques et cardio-vasculaires.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS ESPANOLES DE ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE LA NUTRICION (Madrid)

H. Sicart. ***Un diverticule digestif professionnel*** (*Archivos espanoles de enfermedades del aparato digestivo y de la nutricion*, t. XVI, n° 2, Février 1933). — Observation d'un individu qui exécutait en public cet exercice peu courant : il absorbait des pièces de monnaie, des œufs, des ampoules électriques, qu'il restituait ensuite à volonté.

Ce sujet est porteur d'un diverticule de la paroi antérieure du pharynx, à sa jonction avec l'œsophage. S. a pu le rendre opaque et le radiographier.

Ses mouvements sont entièrement soumis à la volonté, par l'intermédiaire, en particulier, des muscles respiratoires. Ainsi le système nerveux volontaire peut annexer certains territoires végétatifs : des contrebandiers apprennent même à renverser le sens de leurs mouvements péristaltiques intestinaux.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

G. H. Whipple et **F. S. Robscheit-Robbins.** ***Les facteurs hémoglobinigènes du foie humain. Foie normal, foie infectieux, foie toxique*** (*The Journal of Experimental Medicine*, t. LVII, n° 4, Avril 1933). — W. et R. ont montré antérieurement que le parenchyme hépatique des mammifères et des oiseaux renferme de puissants facteurs de régénération de l'hémoglobine en prenant comme tests des chiens rendus anémiques par saignée. D'une façon générale on note une constance remarquable dans la réaction des chiens anémiés standardisés aux divers foies employés, si bien qu'on peut considérer une quantité donnée de foie comme représentant un nombre déterminé de grammes d'hémoglobine potentielle. Ainsi l'administration de 100 gr. de foie de porc par jour pendant quinze jours amènera la production de 100 gr. d'hémoglobine de plus que chez les chiens anémiés témoins ne recevant pas de foie.

W. et R. ont étudié à leur tour les facteurs hémoglobinigènes du foie humain en donnant à des chiens rendus anémiques du foie prélevé chez l'homme dans différentes conditions et en faisant des expériences parallèles avec du foie de porc. Ils se sont d'abord adressés à des foies provenant de sujets normaux ayant succombé à des traumatismes. Ils ont constaté que le foie humain contient beaucoup plus de facteurs hémoglobinigènes que le foie normal de porc, le rapport étant de 162 pour 100. Dans ce type d'essai biologique 42 gr. de foie d'animal ou 26 gr. de foie humain représentent 1 gr. d'hémoglobine potentielle.

Dans un second groupe d'expériences le foie provenait de sujets ayant des viscères sensiblement normaux, à part une certaine atrophie (artérioscléreux et gens âgés morts brusquement). Ces foies renferment moins de facteurs hémoglobinigènes ; le rapport s'abaisse ici à 117 pour 100, chiffre qui représente la limite inférieure de l'état normal.

Les infections suraiguës (érysipèle, scarlatine, pneumonie, etc.) font diminuer légèrement le facteur hémoglobinigène ; la valeur moyenne trouvée fut pour 117 pour 100, les cas les plus aigus donnant les valeurs les plus basses.

Dans les intoxications chroniques (urémie, diabète, hyperthyroïdie, etc.), les valeurs trouvées ne s'écartent guère de la normale ; cependant elles sont parfois basses dans le diabète et très variables dans les intoxications thyroïdiennes.

On a beaucoup disserté sur l'importance du fer organique hépatique et l'on a cru que le pouvoir hémoglobinigène du foie marchait de pair avec lui. Or, dans ces recherches, on peut constater des divergences absolues entre la teneur du foie en fer organique et la concentration des facteurs hémoglobinigènes du foie.

P.-L. Marie.

F. S. Robscheit et **G. H. Whipple.** ***Les facteurs hémoglobinigènes du foie humain. Dégénérescence hépatique, cancer, cirrhose, insuffisance hépatique*** (*The Journal of Experimental Medicine*, t. LVII, n° 4, Avril 1933). — Les mêmes essais biologiques répétés avec des foies sérieusement altérés montrent tout d'abord, fait assez surprenant, que la plupart de ces foies ont une capacité hémoglobinigène ne s'écartant guère des valeurs normales. Il semble que ce n'est que lorsqu'il est très fortement lésé que le parenchyme hépatique cède les susbstances inconnues utilisables pour la production d'hémoglobine nouvelle et de globules rouges.

Avec le foie muscade des cardiaques on a des valeurs assez basses (94 pour 100) comparées à la valeur normale (162 pour 100), ce qui est probablement dû à l'atrophie et à la destruction des cellules hépatiques au centre du lobule ; mais il est vraisemblable que les cellules restantes ont une teneur normale en facteurs hémoglobinigènes.

Dans la dégénérescence amyloïde et dans la dégénérescence graisseuse alcoolique on trouve des valeurs légèrement inférieures (111 pour 100) à la normale ; mais si l'on tient compte de la « dilution » que représente l'amyloïde ou la graisse, on voit que ces chiffres s'écartent peu de la normale.

Par contre les foies cancéreux donnent des valeurs basses (75 pour 100). Le tissu cancéreux, même quand il dérive des cellules hépatiques (cancer primitif), ne semble pas contenir de facteurs hémoglobinigènes; mais, si l'on soustrait la masse cancéreuse de la totalité du foie, les chiffres trouvés rentrent dans la normale.

La cirrhose et l'hépatite sans signes marqués d'insuffisance hépatique, mais ayant entraîné la mort par infection secondaire ou hémorragie, donnent des chiffres normaux, qu'il y ait ou non ictère. Lorsque ces affections s'accompagnent de lésions graves du parenchyme hépatique avec insuffisance manifeste, on trouve des valeurs très abaissées (48 pour 100).

P.-L. Marie.

G. H. Whipple et **F. S. Robscheit-Robbins.** ***Les facteurs hémoglobinigènes du foie humain. Anémies primitives, aplastiques et secondaires. Leucémies*** (*The Journal of Experimental Medicine*, t. LVII, n° 4, Avril 1933). — Les foies provenant des divers types d'anémies soumis à cet essai biologique présentent des différences très marquées dans leur teneur en facteurs hémoglobinigènes.

Dans l'anémie pernicieuse on trouve des valeurs très élevées (moyenne 218 pour 100) et c'est dans les cas non traités par l'hépatothérapie qu'elles sont les plus fortes (jusqu'à 420 pour 100), ce qui cadre bien avec la conception actuelle de la pathogénie de l'anémie pernicieuse qui attribue cette affection au défaut d'un certain facteur inconnu indispensable à la production du stroma des hématies, alors que le matériel pigmentaire existe en surabondance. L'hépatothérapie fournissant ce facteur déficient, l'accumulation d'hémoglobine diminue et de nouveaux globules rouges peuvent être élaborés et mis en circulation par la moelle osseuse.

Même teneur élevée du foie en facteur hémoglobinigène dans l'anémie aplastique qui est due au défaut de moelle osseuse rouge pouvant fournir les hématies nécessaires. Cet excès de matériel destiné à former de l'hémoglobine qu'on rencontre au niveau du foie n'a rien d'étonnant puisqu'il ne trouve pas d'écoulement vers la moelle osseuse.

Dans les anémies dues à une perte de sang le foie a une teneur seulement un peu basse en facteur hémoglobinigène, les valeurs trouvées rentrent encore dans la normale ; même les anémies graves et prolongées de ce genre ne font que peu diminuer la réserve de facteur hémoglobinigène du foie.

Dans les anémies dues à une destruction sanguine se passant dans l'organisme on a des valeurs plus élevées ; il est naturel que le foie accumule du fer et des facteurs hémoglobinigènes quand les globules rouges sont détruits dans l'économie.

Dans la leucémie les résultats sont très semblables à ceux que l'on observe dans l'anémie post-hémorragique; on sait d'ailleurs que la leucémie s'accompagne d'une anémie prononcée, liée, semble-t-il, à la gêne du fonctionnement de la moelle osseuse causée par la prolifération des cellules blanches.

Les résultats des analyses du fer hépatique montrent des différences remarquables. La teneur du foie en fer est loin de marcher de pair avec la concentration en facteurs hémoglobinigènes. La teneur en fer la plus haute a été trouvée dans l'anémie aplastique (70 milligr. pour 100) ; on note des chiffres élevés dans l'anémie pernicieuse (51 milligr. pour 100), un taux normal dans la leucémie (13 milligr. pour 100) et des valeurs basses dans l'anémie post-hémorragique (5 milligr. pour 100).

Ces données aident à mieux comprendre la pathogénie et le métabolisme interne des différentes anémies.

P.-L. Marie.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

H. M. Thomas jr. ***Le pigment dans les ongles au cours de l'hyperthyroïdie*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LII, n° 4, Avril 1933). — Chez une négresse de 40 ans, atteinte d'un goitre diffus avec hyperthyroïdie de gravité moyenne, T. observa une bande horizontale de pigmentation au niveau de chacun des ongles des mains. L'apparition de ce dépôt pigmentaire dans les ongles se serait fait brusquement et aurait coïncidé avec la curiethérapie du corps thyroïde. Six semaines après, on pouvait mesurer la croissance des ongles au déplacement des bandes noires vers l'extrémité.

Des zones pigmentées longitudinales ou transversales ont déjà été observées chez des noirs sans qu'on en trouve une explication précise. Il est curieux que la curiethérapie de la glande thyroïde puisse causer une mobilisation du pigment semblable.

L'autopsie ne fournit aucune explication, notamment rien dans la structure des glandes surrénales ne permet de songer qu'elles aient joué un rôle dans cette pigmentation.

Robert Clément.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

E. C. Rosenow. ***Vitesse de cataphorèse des streptocoques isolés dans les recherches sur les arthrites*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 3, Mars 1933). — R. soutient depuis longtemps que les streptocoques isolés des cas de rhumatisme articulaire aigu et d'arthrites infectieuses chroniques, qu'ils soient du type hémolytique, viridans ou indifférent, possèdent une affinité élective pour certains tissus, cœur et articulations dans le premier cas, articulations seules dans le second.

Les divers procédés proposés pour identifier les streptocoques responsables des arthropathies infectieuses et pour prouver leur rôle étiologique sont ou d'un emploi forcément limité (inoculation à l'animal et étude des lésions provoquées, culture des tissus infectés) ou d'une valeur restreinte (cuti-réactions, résultats thérapeutiques) ou trop sujets à l'erreur (particularités culturales, agglutinations, etc.).

Pour différencier plus aisément et plus sûrement les diverses races de streptocoques, R. s'est adressé à la cataphorèse. Il a constaté, en effet, que les streptocoques présentant, lorsqu'on les inocule à l'animal, une affinité élective pour certains organes, possèdent également une vitesse de cataphorèse caractéristique, l'unité de vitesse étant le temps en secondes employé par le germe en question pour traverser 50 μ dans un champ électrique maintenu à un voltage constant (120 v.).

Il a pu distinguer ainsi des souches dites arthrotropes parce que les streptocoques ayant cette vitesse prédominent de beaucoup dans les cas d'arthrites, des souches neurotropes parce que les streptocoques doués de cette vitesse se rencontrent surtout dans l'encéphalite, la poliomyélite et d'autres affections nerveuses, des souches rhinotropes, bronchotropes, etc.

En étudiant la vitesse de cataphorèse des streptocoques isolés de foyers infectieux variés (dents, amygdales, etc.), ou des selles chez les malades atteints d'arthrites infectieuses aiguës ou chroniques, R. a trouvé chez eux un grand nombre de souches arthrotropes alors que celles-ci sont très peu représentées dans les mêmes foyers infectieux chez les malades atteints d'affections du système nerveux ou de tuberculose articulaire et chez les sujets normaux.

D'autre part, le sérum des malades présentant des types variés d'arthrite infectieuse a la propriété spécifique de ralentir la vitesse de cataphorèse des streptocoques isolés de cas d'arthrite, et qui présentent une vitesse de cataphorèse arthrotrope. Ces deux propriétés, vitesse de cataphorèse de type arthrotrope des streptocoques isolés, ralentissement spécifique exercé par le sérum des malades sur les streptocoques arthrotropes, se rencontrent de façon presque constante et cette méthode fournit des résultats précieux au point de vue de l'étiologie et quand il s'agit de contrôler la spécificité et le dosage des auto- et hétéro-vaccins streptococciques utilisés dans le traitement des arthrites. Convenablement mise en œuvre, elle dispense d'injecter les cultures provenant des foyers infectieux dans les veines des animaux de laboratoire et de faire des cultures des lésions articulaires produites, qui autrement sont nécessaires pour être sûr que le streptocoque isolé a bien un rôle étiologique ou qu'il possède des propriétés infectieuses et un pouvoir antigénique caractéristiques.

P.-L. Marie.

MEDICAL JOURNAL AND RECORD
(New-York)

J. F. Montague. ***Rapport de l'avitaminose B avec la constipation*** (*Medical Journal and Record*, t. CXXXVII, n° 8, 19 Avril 1933). — La constipation n'est pas une maladie, c'est un symptôme, la manifestation d'un ou de plusieurs états pathologiques. De très nombreuses pathogénies, d'où ont découlé des thérapeutiques très variées, ont été proposées depuis l'exérèse chirurgicale jusqu'à la psychothérapie. Cependant le rôle de l'alimentation semble être de beaucoup le plus important ; lorsqu'il y a infection, elle peut être secondaire et aggraver la constipation d'abord uniquement d'origine alimentaire.

L'effet favorable de l'absorption de légumes verts, de farines peu blutées ou même de son a incité un certain nombre d'auteurs à considérer la constipation comme due à l'absence de lest alimentaire susceptible d'exciter les nerfs des parois intestinales. En ajoutant au régime une certaine quantité de vitamine B sous la forme d'embryon de céréales, M. a pu constater dans 17 cas que l'amélioration de la constipation n'était pas provoquée par l'augmentation du lest alimentaire, mais par l'introduction dans le régime d'un facteur alimentaire qui manquait jusqu'alors, la vitamine B.

Avant d'appliquer ce traitement, il est important de faire un diagnostic correct.

En règle générale, dans tous les cas où il y a spasticité du côlon, ou ceux dans lesquels elle est suspectée, le traitement diététique, non seulement ne procure aucun bénéfice, mais est même défavorable.

Dans tous les cas dans lesquels l'expérience fut tentée il s'agissait de constipation chronique sur lesquels on avait essayé sans succès de nombreux et variés traitements.

Le plus souvent, dès le cinquième jour, après l'administration, surviennent des évacuations abondantes et spontanées.

10 fois les résultats furent assez bons pour qu'on puisse espérer une guérison.

Sur les 15 malades, 5 ne présentèrent qu'une amélioration momentanée pour revenir graduellement à la stase intestinale antérieure. On peut se demander si l'amélioration n'avait pas été purement psychique, mais dans les 10 autres cas les résultats furent assez bons pour qu'on puisse espérer que, dans une proportion définie, des constipations obstinées disparaissent sous l'influence d'un régime non carencé en facteur B.

Robert Clément.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

L. Berman. ***Le traitement opothérapique de la maladie osseuse de Paget*** (*Endocrinology*, t. XVII, n° 2, Avril 1932). — Selon B., qui se base sur diverses constatations (augmentation de la calcémie à la suite de la surrénalectomie, abaissement de la calcémie consécutif aux injections d'extraits de cortex surrénal, hypercalcification des os dans un cas de tumeur surrénale avec virilisme), une des fonctions de l'hormone de la corticale surrénale est de s'opposer à la mobilisation du calcium des os, tandis que l'hormone parathyroïdienne agit en sens opposé. La maladie de Paget traduirait un trouble du métabolisme osseux résultant d'un déséquilibre entre les parathyroïdes et les surrénales, les premières étant en état d'hyperfonctionnement, et les surrénales en état d'hypofonctionnement.

Parmi 18 cas de maladie de Paget qu'il a traités par l'administration régulière d'hormone corticale surrénale associée à un régime riche en Ca, 16 ont vu s'améliorer les douleurs qu'ils ressentaient au niveau du crâne et des extrémités, et leur état général se modifier à tel point qu'ils ont pu reprendre leurs occupations, tandis que les déformations cessaient d'augmenter et que les symptômes d'irritabilité du sympathique diminuaient.

Bien qu'ayant encore besoin de confirmations nouvelles, ces résultats justifient la conclusion qu'en tire B., à savoir que l'hormone corticale surrénale constitue une médication précieuse dans cette affection à laquelle on ne connaît aucun remède.

P.-L. Marie.

E. L. Sevringhaus et **M. J. Thornton.** ***Traitement de l'infantilisme génital de la femme par des préparations concentrées d'urine de femme enceinte*** (*Endocrinology*, t. XVII, n° 2, Avril 1933). — Pensant stimuler l'appareil génital au moyen des substances analogues à l'hormone antéhypophysaire contenues dans l'urine des femmes enceintes, S. et T., chez 23 femmes présentant de l'infantilisme génital ou ayant eu de longues périodes d'aménorrhée ou d'oligoménorrhée, ont injecté sous la peau des préparations concentrées d'urine de femme gravide (follutéine ou antuitrine) [en général, une injection de 1 cmc pendant les 5 jours suivant la fin des règles lorsque celles-ci existaient].

Chez 10 patientes, la menstruation devint plus régulière et plus abondante, chez 7 les résultats furent douteux et chez 6 autres entièrement négatifs. L'hirsutisme existant chez 14 de ces femmes ne fut pas modifié.

P.-L. Marie.

R. L. Schaeffer et **W. L. Brosius.** ***Epilepsie de la ménopause*** (*Endocrinology*, t. XVII, n° 2, Avril 1933). — Ce cas, analogue à celui de Souques et Gilbrin, concerne une femme de 48 ans chez laquelle, six mois après la cessation de la menstruation, apparurent des crises convulsives en tous points semblables à celles de l'épilepsie vraie.

Pendant cinq ans, elle reçut par la bouche de la thyroïde et par voie sous-cutanée de la substance ovarienne sans résultat appréciable. A ce moment, on lit des injections d'hormone ovarienne féminine (thééline) qui amenèrent la disparition presque totale des crises.

P.-L. Marie.

C. I. Reed et **L. Seed.** ***Traitement de la tétanie parathyréoprive par l'ergostérol irradié*** (*Endocrinology*, t. XVII, n° 2, Avril 1933). — Chez 10 malades ayant subi la thyroïdectomie et présentant des symptômes de tétanie parathyréoprive de gravité et de durée variée, R. et S. ont administré des quantités diverses, en général très élevées, d'ergostérol irradié (viostérol 10.000 X), ayant même recours dans certains cas à la voie intraveineuse qui permet avec une dose moindre de faire remonter beaucoup plus la calcémie.

Tous les malades ont bénéficié du traitement. Non seulement les accidents de tétanie furent réprimés, mais l'état subjectif se stabilisa. Les résultats furent bien meilleurs dans leur ensemble qu'avec le traitement par l'extrait parathyroïdien ou les sels de calcium, seuls ou associés. Trois malades restés depuis un an sans traitement n'ont pas eu de rechute.

Les minutieuses observations de R. et S. établissent que la puissante préparation d'ergostérol irradié qu'ils ont utilisée peut être administrée à l'homme à la dose de 1 cmc par jour pendant plusieurs jours sans crainte de manifestations toxiques ultérieures.

L'ergostérol irradié semble agir, non pas primitivement en élevant la calcémie et en diminuant la phosphorémie, mais en stabilisant le métabolisme du Ca et du phosphore.

P.-L. Marie.

JOURNAL OF ANATOMY
(Londres)

C. H. Waddington et **A. J. Waterman.** ***Le développement « in vitro » des jeunes embryons de rat*** (*Journal of Anatomy*, t. LXVII, n° 3, Avril 1933). — Il résulte des expériences pratiquées par ces deux auteurs que les jeunes embryons de rat peuvent croître *in vitro* dans un milieu de plasma de poulet adulte additionné d'extrait salin, d'extrait d'embryon de poulet. Dans ces conditions surviennent des différenciations très marquées.

Un abaissement préalable de la température n'a pas d'autre effet qu'un léger retardement de la différenciation. De plus, l'extrait d'embryon de rat peut être substitué à celui de poulet sans affecter les résultats.

Plus âgés et mieux différenciés sont les embryons au moment du prélèvement, plus grande est la différenciation observée dans la culture.


DIGESTION DES FÉCULENTS, MATERNISATION DU LAIT,
NEURASTHÉNIE, RACHITISME, TUBERCULOSE
CONVALESCENCE
AMYLODIASTASE THÉPÉNIER
"PHOSPHODIASTASES" ÉMINEMMENT ASSIMILABLES DES CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
2 à 3 Comprimés après chaque repas
SIROP
2 cuillerées à café après chaque repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8e

a) Le stade du dernier sillon prépimitif ne donne aucune différenciation apparente lorsqu'on l'observe en totalité dans de multiples préparations : on constate seulement des épaississements locaux.

b) Le stade de l'épaississement postérieur et de l'élongation initiale du disque embryonnaire développe un ou deux cœurs pulsatiles et des épaississements locaux après quatre à cinq jours de croissance *in vitro*.

c) Le stade du court sillon primitif développe une élongation marquée du sillon primitif et du disque embryonnaire dès le deuxième jour ; deux et dans un cas trois cœurs pulsatiles étaient apparus après deux ou trois jours de culture.

d) Le stade du sillon primitif médian donne des résultats comparables au stade précédent. Dans plusieurs cas un cerveau, des cœurs, un tube nerveux et des somites apparaissent.

e) Le stade du sillon primitif allongé donne naissance à des embryons avec six paires de somites, après un jour de culture et le stade présomitique ou à deux somites donne à peine un meilleur développement.

Du tissu musculaire pulsatile (peut-être du tissu cardiaque) où l'on différencie aisément dès les premiers stades où l'on ne remarque pas encore une différenciation structurale.

La torsion présente dans la plupart des cultures est le résultat de conditions mécaniques qui gênent grandement le développement des replis.

E. O.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

M. Ungar. ***Les parotides et le diabète*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 2, 8 Janvier 1933). — L'endocrinologie conserve encore certains côtés restés obscurs. En contribution à cette question, U. rapporte l'observation d'une femme âgée de 40 ans, obèse, qui, depuis deux ans, était atteinte de diabète léger (sucre dans l'urine : 0,20-0,50). Depuis un an, les deux parotides augmentaient de volume sans douleur ni température, avec une dentition parfaite. Les glandes sous-maxillaires et lacrymales étaient indemnes. Le traitement à l'insuline donna d'excellents résultats avec régression des parotides. Le diagnostic était celui de maladie de Mikulicz au début d'un diabète.

Ce cas inspire à U. les réflexions suivantes, basées sur la parenté histologique du pancréas et des parotides : la sécrétion interne des parotides est peu connue. Pourquoi l'hypertrophie des parotides est-elle si rare dans le diabète ?

Il est possible qu'elle exige une certaine disposition endocrinienne particulière. Dans le cas présent il s'agit peut-être d'une hypertrophie compensatrice destinée à suppléer au fonctionnement déficient des îlots de Langerhans. La maladie de Mikulicz n'est-elle pas la conséquence d'une hypertrophie parenchymateuse d'origine endocrinienne ? Il serait utile de rechercher systématiquement dans tous les cas de syndrome de Mikulicz les troubles de l'assimilation des hydro-carbones. Il est intéressant enfin d'enregistrer, au point de vue thérapeutique, que dans cette affection, où l'on est à peu près désarmé, l'insuline à petites doses a produit la régression du volume des parotides.

Fribourg-Blanc.

Ladislas Elmer. ***Etude sur le métabolisme de l'iode dans l'organisme humain*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 4, 22 Janvier 1933). — En présence de la divergence d'opinions des auteurs au sujet de la régulation dans l'hypothyroïdie, E. entreprend une nouvelle étude expérimentale. Sa technique est basée sur l'emploi des composés d'iode inorganiques sous forme d'iodure de potassium à faible dose (1.300 γ d'iode) introduit par la voie intraveineuse.

Les conclusions de cette étude sont les suivantes :

1° La quantité d'iode contenue dans le sang et dans l'urine des sujets atteints d'hypothyroïdie diffère sensiblement des chiffres enregistrés chez des sujets normaux.

2° Dans l'hypothyroïdie l'iode introduite dans le courant sanguin se maintient assez longtemps à un niveau élevé et ne disparaît pas, même après 24 heures, par opposition à ce que l'on observe chez des sujets normaux, chez lesquels l'élimination complète est atteinte en 24 heures.

3° L'élimination de l'iode est plus intense pendant les 6 premières heures et oscille entre 24 et 28 pour 100 (de 13 à 17 pour 100 chez le sujet normal). Ensuite l'élimination se ralentit très sensiblement, mais persiste encore pendant les 24 heures suivantes.

4° La longue persistance de l'iode dans le sang auprès de l'élimination massive et rapide des premières heures, de même que la lenteur de l'élimination consécutive, indiquent que le pouvoir de retenir et d'emmagasiner l'iode contenue dans le sang, propriété dont jouissent les tissus en général et le corps thyroïde en particulier, est altérée, bien que l'élimination de cette substance soit augmentée.

Fribourg-Blanc.

M. M. Gieszczykiewicz et **W. Wroblewski.** ***Bacille anaérobie, cause étiologique de cystite et polynéphrite*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 13, 26 Mars 1933). — G. et W. relatent l'observation d'un malade atteint de cystite et de pyélonéphrite évoluant depuis 7 ans. L'intérêt de cette observation réside dans la découverte de l'agent microbien qui provoqua les troubles urinaires. Il s'agissait du *Bacterium pneumosintes* décrit par Olitsky et Gates. Petit bacille anaérobie Gram négatif, doué d'un tropisme de prédilection pour les voies respiratoires et dont la présence n'a encore jamais été relevée en dehors de l'appareil pulmonaire.

Au point de vue clinique le cas se distingue par une évolution extrêmement lente et prolongée, avec état général très satisfaisant permettant au malade, en dehors de crises d'hématuries avec pyélonéphrite et cystite, d'exercer sa profession, de voyager et même de pratiquer certains sports (tennis).

Le pronostic vital semble être bénin. La maladie n'est pas contagieuse. Mais elle est particulièrement rebelle au traitement. L'effet thérapeutique des médications usuelles s'était montré nul. L'autovaccin a échoué également.

Fribourg-Blanc.

REVISTA DE CHIRURGIE
(Bucarest)

C. Angelescu et **S. Tomaru** (Bucarest). ***Symptôme hypotensif en rachi-anesthésie*** (*Revista de Chirurgie*, t. XXXVI, n°s 1-2, Janvier-Février 1933). — A. et T. étudient, dans cet article, le syndrome hypotensif au cours de la rachianesthésie. Ce syndrome bien connu, qui apparaît 3 à 20 minutes après l'injection, est caractérisé par la chute de la tension artérielle, la pâleur de la face, les sueurs froides profuses, le refroidissement de la face et des extrémités, la tendance syncopale auxquels il faut joindre la gêne respiratoire, les nausées et les vomissements; il est dans 58 pour 100 des cas mortels la cause de la mort. Il semble dû à la paralysie des centres vaso-constricteurs du sympathique. Pour éviter son apparition, il est bon de choisir les cas; d'où deux préceptes :

Etudier l'état du système sympathique du malade à opérer par l'examen systématique de la tension artérielle avant l'opération, par l'exploration du tonus, du système végétatif (épreuve de Danielopolu) et de sa sensibilité (épreuve de Gœtsch);

Obéir aux contre-indications de la méthode, ce sont les grandes hémorragies, les cardiopathies mal compensées, l'hypotension avec oligurie, les toxémies aiguës, les septicémies.

Les malades hypertensifs supportent très bien la rachianesthésie.

M. Guibé.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

R. Borelius. ***Pleurésie et tuberculose pulmonaire*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXIX, n°s 5-6, Mars 1933). — La meilleure manière d'élucider les rapports existant entre la pleurésie *a frigore* et la tuberculose, c'est de déterminer la fréquence de l'apparition de la tuberculose chez les anciens pleurétiques. B. résume et critique les recherches précédemment faites sur ce sujet, puis il présente les résultats de l'enquête qu'il a faite sur les conséquences lointaines de 230 cas de pleurésie séro-fibrineuse pure et non compliquée d'autres infections traitées de 1912 à 1921 à la clinique médicale de Lund. Dans presque tous les cas, il s'agissait de ruraux.

Parmi ces malades qui ont été réexaminés après un délai de sept ans au minimum, seuls 36 n'ont pu être retrouvés. Sur les 194 restants, 23 (12 pour 100) étaient décédés dans l'intervalle de tuberculose pulmonaire et 5 (2,6 pour 100) de tuberculoses extra-pulmonaires. Parmi ces décès dus à la tuberculose, 36 pour 100 s'étaient produits dans les trois années consécutives à la pleurésie et 55 pour 100 dans les cinq années qui l'avaient suivie.

Des survivants, 142 (73 pour 100) se déclaraient en bonne santé tandis que 5 (2,6 pour 100) étaient en traitement pour une tuberculose pulmonaire manifeste.

102 des sujets apparemment bien portants furent examinés de façon approfondie, examen radiologique et épreuve de sédimentation compris. L'examen physique ainsi que les clichés décelèrent une tuberculose pulmonaire chez 6 d'entre eux. En outre, l'examen radiologique révéla des altérations de nature tuberculeuse évidente dans 21 autres cas. Ainsi le taux de morbidité tuberculeuse s'élevait à 39,8 pour 100. Si l'on y ajoute les cas où les rayons X montraient des modifications de caractère très suspect, ce taux atteint 66 pour 100.

Cet intéressant travail, qui représente la documentation la plus étendue et la plus précise dont nous disposions jusqu'ici, montre combien il est indispensable de soumettre dès son début chaque cas de pleurésie à un examen soigneux. Même si le résultat est négatif, le patient doit rester sous observation médicale complétée par l'étude radiologique. Il serait bon qu'après leur pleurésie les malades fissent un court séjour prophylactique en sanatorium.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

J. Veyrassat (Genève). ***Myosite gonococcique à rechutes multiples et à évolution fatale*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVI, n° 43, 31 Mai 1933). — Un blennorragique de 22 ans présenta, en même temps qu'une uréthrite aiguë, un phlegmon suppuré sur la face interne du genou gauche qui guérit huit ou dix jours après l'ouverture. Sept ans après se développa un phlegmon du psoas, puis d'année en année un phlegmon du quadriceps, un phlegmon du grand oblique droit, un phlegmon sous-scapulaire. Le premier abcès contenait d'abondants gonocoques, les autres, des gonocoques et des staphylocoques, le malade finit par mourir d'endocardite septique aiguë. Entre chacune des rechutes, le malade pouvait reprendre ses occupations de boulanger. On peut supposer qu'il s'agissait d'une gonococcémie due à la persistance d'un foyer qu'on n'a pu mettre en évidence d'où partaient chaque année les décharges microbiennes se localisant principalement dans les muscles peut-être en raison du métier de force du malade.

Le muscle est en général très résistant à l'infection, les myosites gonococciques ou autres sont très rares. Quand le muscle est atteint par l'inflammation, il perd sa capacité d'extension, son élasticité, et se rompt avec une extrême facilité; il devient dur, rigide, sensible à la pression. Les myosites gonococciques, comme les autres, s'observent toujours dans les muscles qui travaillent le plus; la fatigue musculaire augmente l'acidité des colloïdes musculaires et joue un rôle localisateur. Les incisions larges sous narcose suivies d'un bon drainage ont toujours suffi pour guérir ces abcès en trois à quatre semaines.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL
(Paris)

G. Bickel. ***Le traitement de l'infarctus du myocarde*** (*Paris Médical*, t. XXIII, n° 18, 6 Mai 1933). — On peut distinguer dans l'évolution de l'infarctus myocardique trois périodes correspondant chacune à des indications thérapeutiques différentes.

Durant la période d'installation de l'infarctus, on doit combattre avant tout la douleur et le choc. Devant les douleurs atroces de l'infarctus, le médicament qui s'impose est la morphine, par voie hypodermique et à la dose de 2 centigr. Dans quelques cas rebelles, on a pu injecter la morphine par voie intra-veineuse ou répéter les injections. La morphine sera utilement combinée à de petites doses d'atropine qui en diminuent l'action vagotonique et exerce une influence favorable sur les troubles gastriques. Dans les cas très exceptionnels où la douleur résisterait à l'administration des opiacés, on a conseillé la narcose à l'éther. Dans les cas où il y a cyanose et dyspnée l'inhalation d'oxygène diminuerait l'intensité de la douleur thoracique et permettrait de restreindre l'administration de la morphine. Pour lutter contre l'état de choc, on utilisera le camphre et ses dérivés. Les injections d'adrénaline sont utiles parfois, mais peu recommandables chez les malades atteints de sclérose vasculaire accentuée; l'éphédrine a les mêmes inconvénients. La digitale est inutile au stade initial de la maladie.

La période d'état et de réparation demande surtout un repos absolu et prolongé avec des antispasmodiques vasculaires et notamment les vaso-dilatateurs coronariens tels que l'euphilline, la théobromine, l'acétylcholine ou les hormones circulatoires. Pour faciliter la nutrition du myocarde et la réparation des lésions, l'administration abondante de glucose avec parfois injection de faibles doses d'insuline est particulièrement utile. Parfois après quelques jours ou quelques semaines de calme, le malade est susceptible d'entrer en asystolie, le traitement habituel de l'insuffisance cardiaque deviendra alors nécessaire par la digitale et ses succédanés à la condition de les administrer avec grandes précautions ou de préférence par des injections intra-veineuses de strophantine et d'ouabaïne. Enfin, contre les troubles d'hyperexcitabilité, l'usage de la quinidine est indispensable. La dépression légère due à la quinidine est infiniment moins grave dans ses conséquences que les troubles rythmiques que ce médicament réussit à combattre.

Au cours de la période post-infarctoïde, on cherchera à prévenir le retour des accidents d'occlusion artérielle en agissant sur l'état vasculaire. Le traitement comprendra des mesures diététiques et hygiéniques: vie calme exempte de fatigues et d'émotions, somnifères produisant le sommeil nécessaire, réduction des aliments, particulièrement de la boisson; il faut supprimer le tabac. Le traitement médicamenteux est celui de l'artério-sclérose en général.

Robert Clément.

L. Dautrebande. ***Etude expérimentale d'un nouvel éther de la choline*** (*Paris Médical*, t. XXIII, n° 18, 6 Mai 1933). — Le chlorhydrate de carbaminoylcholine ou lentine a une action parasympathicomimétique particulièrement puissante. Chez le chien la bradycardie qu'elle provoque est cependant toujours précédée de tachycardie. Cette tachycardie est contemporaine de l'hypotension et est d'origine réflexe cardio-aortique et sino-carotidienne; elle se retrouve chez l'animal vagotomisé. Au début de l'hypotension, ni l'occlusion des carotides, ni les doses appropriées d'adrénaline ne provoque d'élévation de pression. Le système vaso-moteur périphérique paralysé retrouve son intégrité fonctionnelle en cinq à vingt minutes. Après injection dans une carotide on observe une stimulation respiratoire instantanée et une hyperpnée secondaire contemporaine de l'hypotension, ces deux excitations respiratoires étant d'origine réflexe.

Chez l'homme, la carbaminocholine a une action hypotensive marquée en injection intra-veineuse (1/10 de milligr.) ou intra-musculaire (2/10 de milligr.) et une action tachycardique aussi intense que chez l'animal.

C'est une poudre blanche cristalline, stable, soluble dans l'eau, se conservant longtemps, qui trouvera de nombreuses applications dans l'étude du système vaso-moteur et peut-être en thérapeutique.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Vigne et **Boyer.** ***Granulome ulcéreux des organes génitaux*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. IV, n° 5, Mai 1933). — V. et B. rapportent l'observation d'une prostituée de 44 ans, qui n'a jamais voyagé hors de France, mais qui a eu de fréquents rapports à Marseille avec des navigateurs et des étrangers. Il est à noter que, dans ce cas, comme dans un cas de Gougerot, le granulome ulcéreux n'avait pas la zone génitale pour lieu d'élection. Les placards ulcéro-végétants siègent exclusivement dans les plis génito-cruraux et autour de la vulve et n'empiètent à aucun moment sur la muqueuse vulvaire elle-même. On peut se demander si, dans tous les cas de granulome, il y a lieu d'incriminer uniquement une contamination vénérienne.

On a trouvé dans le pus et dans les coupes de l'ulcération primitive un bacille encapsulé analogue au *Calymmato bacterium de Donovan* et il a été possible de reproduire cliniquement et histologiquement le granulome par inoculation expérimentale.

Au point de vue histologique, le granulome est constitué au niveau de l'ulcération par des lésions d'inflammation banale et, plus bas, par un infiltrat très dense de cellules diverses et surtout de plasmocytes; il existe également dans la profondeur des formations tuberculoïdes bien limitées avec cellules géantes.

L'association de la médication antimoniée et de la radiothérapie ont mené la guérison rapide des lésions.

R. Burnier.

Beintema. ***La pseudo-bromuride de Broeq, Pautrier et Fernet, une blastomycose*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. IV, n° 5, Mai 1933). — B. rapporte 2 cas, l'un personnel, l'autre dû à Gœdhart, de l'affection décrite par Brocq, Pautrier et Fernet, sous le nom de pseudo-bromuride, chez 2 femmes de 63 et 68 ans. Les 2 malades présentaient des placards ulcéro-végétants, débutant par une papulo-pustule, et disséminés sur la face, les membres supérieurs et inférieurs.

L'agent paraît être un micro-organisme levuriforme, isolé du sang des malades. Les crachats contenaient également de nombreux blastomycètes, comme dans la bronchomoniliase de Castellani.

B. rattache ce champignon au genre *Parendomyces* et lui donne le nom de *Parendomyces brocquii*.

L'inoculation du champignon au lapin donna naissance à des abcès cutanés, qui contenaient le parasite.

Les 2 malades, traitées par la médication iodurée, guérirent.

R. Burnier.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

J. Paviot, M. Levrat et **A. Guichard** (Lyon). ***Les fistules œsophago-trachéales d'origine tuberculeuse*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XXIII, n° 5, Mai 1933). — Ces cas sont très rares. P., L. et G. résument 7 cas qu'ils ont rencontrés dans la littérature médicale et rapportent une observation personnelle, avec les deux clichés radiographiques qui permirent, du vivant même du sujet, de diagnostiquer la fistule. Tout faisait du reste suspecter un cancer, même à l'autopsie, et c'est l'examen microscopique, pratiqué à simple titre de contrôle, qui vint rectifier le diagnostic en montrant l'absence d'épithélioma et l'existence d'une tuberculose folliculaire typique. L'association de tuberculose pulmonaire n'est pas suffisante pour affirmer la nature bacillaire d'une lésion œsophagienne. Par ailleurs, la tuberculose de l'œsophage peut s'associer à un rétrécissement cancéreux du même conduit. Dans le cas de P., L. et G., il n'y avait du reste aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Les fistules œsophago-trachéales tuberculeuses peuvent être réalisées exceptionnellement par un abcès froid médiastinal pottique (Zenker et Ziemssen), par une lésion de tuberculose trachéale (Weichselbaum), par une tuberculose primitive de l'œsophage à forme ulcéreuse et perforante (Guisez). Mais le rôle essentiel doit être attribué à la tuberculose des ganglions médiastinaux, dont on sait l'importance dans la production des diverticules de traction et des diverticules fonctionnels de l'œsophage: le ganglion caséeux provoque un diverticule, s'ouvre dans l'œsophage, constituant une fistule borgne, et, dans un autre temps, dans la trachée. C'est par ce mécanisme que se réalisa la fistule observée par les auteurs. L'infection de la fistule borgne par les aliments déglutis active le processus térébrant.

Un ganglion servant de relai intermédiaire de la communication œsophago-trachéale, la fistule est indirecte et tortueuse, avec parfois une poche intermédiaire entre les deux conduits. L'adénopathie trachéo-bronchique peut du reste réaliser des fistules encore plus complexes.

L. Rivet.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

H. Roxo. ***Le traitement des états maniaques*** (*Encéphale*, t. XXVIII, n° 4, Avril 1933). — R. tient pour le meilleur traitement de fond de l'excitation maniaque le bain tiède, bain à 31° dans lequel le malade est maintenu pendant deux heures. Le drap mouillé est aussi recommandable.

Dans l'arsenal pharmacologique, il faut retenir surtout les injections de luminal, et, à leur défaut, les injections de somnifène et d'hyoscine. L'ergotine, le chloral, les bromures, la belladone, le gynergène, la génoscopolamine, la valériane, le casemiroa edulis, donnent aussi de bons résultats.

On peut tenter de prévenir les accès par le calcium et les agents désensibilisateurs.

G. d'Heucqueville.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE
(Paris)

André Binet. ***Valeur de la sympathectomie chimique en gynécologie*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. XXVII, n° 5, Mai 1933). — Doppler, en 1926, eut le premier l'idée de réaliser la destruction des filets sympathiques en les mettant au contact de substances chimiques. Après avoir réalisé plus de cinquante résections du plexus hypogastrique supérieur, suivant la technique purement chirurgicale de Cotte, B. a tenu à expérimenter la destruction des filets nerveux sympathiques pelviens suivant ce mode chimique. Ce sont les résultats de sa pratique qu'il expose ici.

Indications de la sympathectomie chimique. — *a*) Un premier fait mérite d'être mis en valeur : l'innervation sympathique de l'utérus (plexus hypogastrique) est entièrement indépendant de l'innervation de l'ovaire (plexus ovarien). Donc, si l'on veut avoir une action totale sur le tractus génital de la femme, il faut réaliser une double sympathectomie, l'une hypogastrique, l'autre ovarienne. Or, à cet égard la méthode chimique offre, par sa facilité d'exécution, une incontestable supériorité sur la méthode chirurgicale. *b*) L'innervation végétative commande à la fois la sensibilité viscérale ordinaire et, pour une part, la sensibilité voluptueuse ; elle remplit aussi un rôle vaso-moteur ; elle exerce une action trophique sur les tissus, et enfin, elle préside aux fonctions des glandes à sécrétion externe et interne. En cas de déséquilibre dans cette innervation, on verra donc se produire, suivant les cas : 1° des états douloureux ; 2° des troubles du sens génital (nymphomanie, frigidité) ; 3° des troubles vaso-moteurs (congestion utéro-annexielle par exemple) ; 4° des troubles trophiques (aplasie des organes génitaux, kraurosis vulvaire, éléphantiasis, esthiomène, prurit vulvaire) ; 5° des troubles des sécrétions externes (leucorrhées, hydrorrhées, sécheresse anormale des muqueuses) ; 6° enfin, en ce qui concerne l'innervation de l'ovaire, des dysfonctionnements de cette glande dans le sens de l'hyper ou de l'hypoovarie ; cette insuffisance endocrinienne de l'ovaire se traduit, elle-même, par des troubles génitaux (aménorrhée, dysménorrhée, irrégularités menstruelles, stérilité), des troubles du métabolisme des lipodes (obésité), et des troubles psychiques (paresse intellectuelle, apathie ou neurasthénie sexuelle).

La sympathectomie, en modifiant le régime circulatoire des organes, agit sur ces divers désordres: ses indications sont, donc, nombreuses. Mais c'est la douleur qui constitue son indication principale. Celle-ci est souvent liée à une affection organique : (rétroversions, fibromes prolabés dans le Douglas, métrites, salpingo-ovarite, etc...). En pareil cas, on remédiera tout d'abord à la lésion causale ; mais il est souvent fort utile d'adjoindre à ce traitement étiologique une sympathectomie complémentaire : la simple ligamentopexie ne suffit pas toujours par exemple à soulager les femmes atteintes de rétroversions ; la sympathectomie complémentaire au contraire fera cesser la douleur.

Technique. — *a*) La substance doit répondre aux conditions suivantes: 1° innocuité absolue vis-à-vis des autres tissus; 2° ne pas être toxique pour l'organisme; 3° agir d'une façon élective sur les filets sympathiques et sur les filets sympathiques seuls. Le phénol semble répondre à ces trois conditions : en effet, quoique légèrement caustique, il ne détruit pas les tissus nobles et ne produit pas d'escarrification lorsqu'il est répandu par inadvertance à dose faible, sur une anse intestinale, par exemple. D'autre part, il est peu toxique ; sa résorption ne donne pas d'accidents marqués. Enfin il semble bien détruire les filets sympathiques, ceux-ci ne présentant qu'un faible degré de résistance aux agents extérieurs, car ils sont dépourvus de gaine myélinique protectrice.

b) B... a employé la solution phénolée de trois manières différentes : 1° badigeonnage à la surface du péritoine (procédé insuffisant) ; 2° badigeonnage des plexus nerveux après incision du péritoine qui le recouvre ; il laisse agir pendant plusieurs minutes la solution phénolée et il observe une teinte grisâtre du tissu cellulaire sous-péritonéal ; puis l'incision du péritoine postérieur est refermée par quelques points de suture; 3° injection sous-péritonéale de la solution phénolée; après laparotomie il repère le promontoire et, à son niveau, sous le péritoine pariétal postérieur, il injecte au moyen d'une seringue de Pravaz et d'une aiguille assez longue la solution phénolée ; il réalise ainsi une résection chimique du plexus hypogastrique supérieur ; il complète l'intervention par une injection semblable au niveau des deux ailerons de l'ovaire, et, au besoin, au niveau des ligaments larges.

Inconvénients de la sympathectomie chimique : 1° intoxication phéniquée : B... ne connaît aucun cas d'intoxication phénolée sérieux à la suite de sympathectomie chimique ; 2° thromboses veineuses ; 3° lésions caustiques, lésions de la paroi intestinale : le fait aurait été signalé dans une observation ; on évitera facilement cet incident par l'emploi d'une technique correcte et en protégeant au cours de l'intervention les anses intestinales.

Mode d'action. — B. a pensé qu'il serait intéressant de voir si le badigeonnage d'un nerf sympathique au phénol était suivi d'une modification fonctionnelle de ce nerf. Des recherches entreprises dans le laboratoire de Santenoise lui ont montré une modification nette de l'excitabilité nerveuse.

Résultats. — Dans toutes les algies pelviennes et dans toutes les génitopathies douloureuses, les résultats immédiats de la sympathectomie chimique ont été constamment favorables; ils seraient, en tout point, comparables aux succès enregistrés par Cotte à la suite des sympathectomies chirurgicales.

Dans les troubles d'insuffisance ovarienne, les résultats obtenus appellent une certaine réserve : il faut être, en effet, très circonspect dans l'appréciation des troubles endocriniens.

Enfin, on ne peut porter encore de jugement définitif sur les résultats éloignés de la sympathectomie chimique, l'épreuve du temps étant particulièrement nécessaire.

Henri Vignes.

LE NOURRISSON
(Paris)

A. B. Marfan. ***Sur le rachitisme. Les découvertes récentes et leur interprétation*** (*Le Nourrisson*, 21e année, n° 3, Mai 1933). — M. donne d'abord du rachitisme la définition suivante : c'est une affection chronique de l'enfance, caractérisée par du gonflement, du ramollissement et des déformations des os. Ces altérations siègent exclusivement ou sont très prédominantes dans les zones d'accroissement du squelette : région conjugale et extrémité des diaphyses des os longs; noyaux d'ossification des os courts et des épiphyses des os longs; centre d'ossification des os plats. Elles sont en général multiples et symétriques. Le rachitisme ainsi défini débute presque toujours dans la première année. Les rachitismes dits tardifs ne sont le plus souvent que des rachitismes prolongés ou récidivants.

M. expose les trois découvertes qui, de 1919 à 1927, ont enrichi l'histoire du rachitisme: celle du rachitisme expérimental, celle de l'action antirachitique des rayons ultraviolets, celle de l'action antirachitique de l'ergostérol irradié.

En 1921, trois savants américains, Pappenheimer, A. F. Hess et Mac Cann, parviennent à reproduire chez de jeunes animaux, sinon un état identique au rachitisme, du moins une dystrophie osseuse qui s'en rapproche beaucoup. Après avoir incriminé l'hypophosphatémie comme cause immédiate de la lésion des os rachitiques, ces auteurs furent obligés de reconnaître que le rachitisme humain n'est pas dû à une alimentation trop pauvre en phosphore.

En 1919, un auteur allemand avait en effet montré que les rayons ultra-violets modifient d'une manière remarquable et avec rapidité les lésions osseuses et même l'état général des rachitiques. Ayant eu connaissance de cette découverte, les auteurs américains modifièrent leur théorie de la façon suivante: la diminution du phosphore inorganique du sang est la cause directe, essentielle des lésions osseuses du rachitisme; mais cette hypophosphatémie est due elle-même à l'absence de lumière solaire.

En 1922, un auteur anglais, E. M. Hume, montra que l'irradiation ultra-violette est capable de conférer à certains corps, aliments ou médicaments, des propriétés telles que leur ingestion a le même effet antirachitique que le rayonnement lui-même. La propriété d'être activées appartient à des substances voisines de la cholestérine, à des stérols et surtout à l'*ergostérol*.

A la suite de cette découverte, il fut admis qu'il existe dans l'organisme un principe nécessaire à la formation du tissu osseux des jeunes animaux. Le principe qu'on rapproche des vitamines fut identifié à l'ergostérol irradié. Si le jeune enfant vit dans une habitation obscure, son organisme s'appauvrit en ergostérol irradié, c'est-à-dire en principe antirachitique et il devient rachitique.

Après avoir exposé cette dernière forme de la théorie du rachitisme dû exclusivement à la carence solaire, M. oppose une série de critiques aux diverses théories précédentes.

Il montre d'abord que l'hypophosphatémie n'est pas constante dans le rachitisme, qu'elle est rarement précoce et que son degré est loin d'être en rapport avec celui des lésions osseuses. Il établit ensuite que si la privation de lumière solaire est une cause prédisposante certaine de rachitisme, à elle seule elle est incapable de le produire.

Les études cliniques et anatomiques poursuivies pendant de longues années par M. l'avaient conduit à avancer que toutes les infections ou intoxications suffisamment sérieuses et prolongées peuvent produire le rachitisme, pourvu qu'elles agissent à la période de croissance des os. M. admet actuellement que ces maladies infectieuses ou toxiques ont pour effet de diminuer la production de l'ergostérol ou de favoriser sa destruction et la théorie qu'il propose se résume ainsi :

Toute maladie infectieuse ou toxique, survenant au cours des premiers mois de la vie et suffisamment prolongée, détermine d'autant plus sûrement le rachitisme que l'organisme a été plus appauvri en ergostérol irradié, soit par l'« anhélie », soit par cette maladie elle-même.

En somme, les faits révélés par les découvertes récentes ne sont nullement en opposition avec ceux que les observations cliniques avaient permis au professeur Marfan d'établir.

G. Schreiber.

Juan Carlos Navarro (Buenos-Aires). ***Hospitalisme des nourrissons*** (*Le Nourrisson*, 21e année, n° 3, Mai 1933). — N. désigne, par le mot *hospitalisme*, les états de maladie qui se produisent chez certains nourrissons par le séjour prolongé à l'hôpital. Ces états de maladie guérissent presque toujours si on retire à temps l'enfant de l'hôpital et si on le place dans le milieu familial.

L'hospitalisme se caractérise essentiellement par l'état stationnaire du poids. Dans les cas les plus accentués le poids peut subir des pertes progressives et l'enfant tombe dans un état d'amaigrissement et de cachexie graves (*hypothrepsie hospitalière* de Marfan).

En général les autres symptômes font défaut. On ne note pas de troubles gastro-intestinaux et les vomissements ou la diarrhée — s'ils existent — sont éphémères ou légers.

Quand l'hospitalisme se prolonge, les défenses de l'organisme diminuent et les infections les plus variées peuvent entrer en jeu. Si elles revêtent un caractère de gravité, ce qui arrive très fréquemment, elles peuvent se terminer par la mort.

Après avoir publié un certain nombre d'observations personnelles démonstratives, N. étudie les causes de cette dystrophie hospitalière.

La nourriture défectueuse en quantité, qualité ou composition peut être incriminée dans certains cas. Les infections jouent également un rôle important, surtout celles dont l'évolution est torpide : rhino-pharyngites, pyélo-cystites, pyodermites. Ces deux grandes causes sont d'ailleurs souvent associées.

L'élément affectif est également à prendre en considération et N. publie quatre observations de dystrophie hospitalière produite par des causes purement psychiques. Comme chez les nourrissons, le développement psychique est rudimentaire, il semblerait, à première vue qu'ils devraient mieux supporter l'hospitalisation ; il n'en est rien cependant.

La conclusion pratique de cette étude est que l'hôpital est un milieu inapproprié pour les nourrissons, même si on observe toutes les mesures d'hygiène. L'assistance aux nourrissons doit être réalisée, autant que faire se peut, dans le milieu familial.

G. Schreiber.

Marcel Lelong et **Mlle Y. Pétrovitch.** ***L'épreuve intradermique à l'eau salée physiologique chez le nourrisson*** (*Le Nourrisson*, 21e année, n° 3, Mai 1933). — Ce travail constitue une contribution à l'étude du métabolisme de l'eau au cours du premier âge. Il est basé sur l'épreuve de Mac Clure et Aldrich qui, en 1923, ont montré que si l'on injecte dans l'épaisseur du derme une solution physiologique de chlorure de sodium, il se produit une papule blanche qui se résorbe lentement, en un temps qui n'est pas le même chez les sujets normaux et pathologiques. Les conclusions de L. et P. sont les suivantes :

1° Chez le nourrisson normal, la durée du temps de résorption de l'eau salée physiologique injectée dans le derme est variable selon l'âge ; elle est beaucoup plus courte que chez l'adulte et d'autant plus courte que l'enfant est plus jeune.

2° De plus, le temps de résorption est influencé par les variations pondérales, dans la mesure où celles-ci représentent surtout des déperditions ou des fixations d'eau. Le temps de résorption est accéléré pendant les trois ou quatre premiers jours de la vie, cette accélération coïncidant avec la chute de poids physiologique du nouveau-né. Il est également raccourci chez les prématurés, les débiles, dans les états d'hypotrophie, et d'une façon générale dans les syndromes de déshydratation. Il s'allonge à mesure que le poids remonte et que la fixation de l'eau dans l'organisme se fait mieux ; cette augmentation peut aider à formuler un pronostic favorable.

On peut cependant voir le temps de résorption s'allonger curieusement, malgré une chute de poids intense, dans deux cas très particuliers : dans les derniers jours de la vie, au moment de la période pré-agonique et chez certains athrepsiques.

3° Le temps de résorption est accéléré dans l'alimentation riche en sel, dans la fièvre de sel et dans la fièvre de lait sec.

4° Le temps de résorption est accéléré par les injections sous-cutanées d'insuline. Ce fait doit être retenu précieusement dans la thérapeutique des états de déshydratation.

L. et P. estiment en terminant que, malgré sa simplicité apparente, l'épreuve intradermique à l'eau salée physiologique touche aux problèmes les plus difficiles de la vie et de la croissance cellulaire ; elle laisse en suspens des incertitudes et aussi des contradictions.

G. Schreiber.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT *(Leipzig)*

J. Hallervorden. ***La pathogenèse du parkinsonisme post-encéphalitique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 18, 6 Mai 1933). — L'encéphalite épidémique peut avoir pour séquelle des phénomènes acinétiques-hypertoniques, c'est-à-dire du parkinsonisme ou un syndrome pseudo-psychopathique, le premier étant de beaucoup le plus fréquent. Au point de vue histologique on constate alors des cicatrices nettement caractérisées dans la substance noire dont les cellules ganglionnaires sont en grande partie détruites alors que dans les autres régions du cerveau atteintes au cours de la période de début on constate peu de chose. On a été ainsi amené à admettre qu'au cours de ces séquelles il y a dégénérescence chronique du parenchyme. Cette notion paraît devoir être confirmée par l'étude des altérations fibrillaires de Alzheimer et par celles des sphères argentophiles.

Un cas particulièrement bien étudié par H. concerne une fillette de 11 ans atteinte d'idiotie avec paralysie spastique dont l'histoire est inconnue. Le cours de la maladie fut progressif. Une rigidité surtout hémilatérale entraîne des contractures avec Babinski et puis des douleurs et des convulsions. A l'examen histologique des pièces d'autopsie on trouve dans la substance noire une destruction marquée des cellules et des altérations fibrillaires de Alzheimer. Ces altérations furent notées également mais rarement dans l'écorce et dans beaucoup d'autres régions, à la base du cerveau, dans le putamen, le globus pallidus, le corps de Luys, l'hypothalamus, le plancher du 4e ventricule, les tubercules quadrijumeaux, la calotte de la protubérance, le noyau denté, etc. La répartition de ces lésions correspond approximativement à celle de l'encéphalite récente qui cependant n'affecte pas souvent l'écorce et le putamen.

Des recherches faites dans 6 cas de parkinsonisme ont permis de retrouver les altérations fibrillaires de Alzheimer dans la calotte mais jamais dans le pied de la protubérance. Dans la substance noire elles existaient également.

Dans une série d'observations faites sur des sujets plus âgés il existait non pas des altérations fibrillaires de Alzheimer, mais des sphères argentophiles, inclusions généralement sphériques se trouvant au nombre de deux ou trois dans chaque cellule et présentant souvent un début de stratification. Ces productions ont été rencontrées jusqu'ici chez 3 parkinsoniens, morts à 58, 59 et 66 ans. La signification de ces productions est d'ailleurs encore assez obscure.

Au total les altérations fibrillaires de Alzheimer ont été retrouvées dans 11 cas. Il s'agit d'une dégénérescence cellulaire particulièrement sénile ou présénile qui n'est observée chez les jeunes gens qu'en cas de troubles du métabolisme ou glandulaire. Elle se rencontre surtout dans l'écorce et rarement ailleurs. Cependant en cas de parkinsonisme ces altérations s'observent même chez les jeunes gens et en grand nombre et sont alors localisées dans les pédoncules cérébraux.

Il y a lieu de se demander avec Braunmühl si ces altérations ne constituent pas un phénomène physico-chimique par condensation des granules colloïdales, c'est-à-dire par diminution de la dispersité (synérèse). Ces processus de synérèse ne seraient pas d'ailleurs nécessairement liés à la sénilité. Des affections encéphalitiques précoces et intenses pourraient les déclancher : après un syndrome inflammatoire, pourrait survenir ultérieurement un processus d'atrophie, une dégénérescence autonome du parenchyme. D'après les constatations de H. cette notion paraît s'appliquer très exactement au parkinsonisme.

L'extension des lésions inflammatoires dans le système nerveux coïncide, en cas d'encéphalite, avec l'extension des lésions de la rage, de la poliomyélite, de la maladie de Borna. Or, dans la rage, il survient un épaississement des fibres qui doit être tout au moins parent des altérations fibrillaires de Alzheimer. Cependant jusqu'ici on n'a pas retrouvé des altérations dans les cas d'encéphalite récente. Les recherches de H. sur deux hommes morts deux à trois semaines après le début de la maladie n'ont pas permis de retrouver ces altérations.

P.-E. Morhardt.

W. Krantz et **K. von Hofe.** ***Allergie contre le sérum de cheval chez le lapin en parabiose*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 18, 6 Mai 1933). — Pour savoir si, au cours des réactions allergiques, il existe, à côté d'anticorps humoraux, des anticorps cellulaires, K. et H. ont d'abord essayé de transplanter la cornée de lapin sensibilisé sur des animaux normaux. Mais ils n'ont pas réussi à faire prendre convenablement ce greffon. Ils ont alors pensé à utiliser des animaux en parabiose. Pour cela, ils traitent un lapin avec un sérum de cheval et le réunissent à un lapin normal. Quelques jours plus tard ils injectent dans la cornée de ce dernier le sérum de cheval pour lesquels le premier a été sensibilisé et ils n'observent pas de réaction immédiate.

On peut expliquer ce fait en admettant que les anticorps n'ont pas passé du premier au second de ces animaux : les choses se passeraient alors comme si l'injection intracornéenne avait été faite

chez un animal vierge. Mais alors cette injection devait sensibiliser ce second animal à l'égard d'une injection ultérieure déchaînante. Or une seconde injection pratiquée chez l'animal qui n'avait pas réagi ne provoque pas les mêmes phénomènes que chez un animal correctement sensibilisé.

Ainsi il faut admettre que du premier animal préalablement sensibilisé et mis en parabiose il a passé des anticorps chez le compagnon. Ces anticorps empêchent de réaliser une sensibilisation en modifiant les tissus du second animal.

P.-E. Morhardt.

H. G. Van Leeuwen. ***L'anémie hypochromique gastrogène et l'anémie hypochromique entérogène*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 18, 6 Mai 1933). — Knud Faber a montré en 1909 que l'achylie gastrique s'accompagne souvent d'anémie hypochromique. L. fait remarquer à ce sujet que cette affection n'est pas souvent décrite, il en donne un exposé d'après les cas qu'il a pu observer. Cette maladie est chronique ; elle ne présente pas de tendance aux rémissions. La formule des globules rouges est caractérisée par de la poikilocytose et de l'anisocytose. Le nombre des réticulocytes est toujours petit (0,2 pour 100). En même temps il y a leucopénie et lymphocytose relative (38 pour 100). On ne constate pas de signe d'hémolyse.

Dans 2 cas sur 15 l'achylie a été totale. Dans les autres cas il y avait seulement achlorhydrie ou forte hypochlorhydrie. L. a constaté également 12 fois sur 15 une inflammation aphteuse de la langue en même temps que de la dysphagie. Les troubles de la peau sont caractérisés par une perte de l'éclat ; il survient de la fragilité des ongles qui prennent une forme de cuillère (coilonychie). L. note également comme symptômes fréquents des fissures de la commissure labiale, des gerçures des doigts, la chute des cheveux, la diarrhée, la fatigabilité, etc.

Au point de vue étiologique il remarque que pour conserver à l'organisme la réserve de fer dont il a besoin, une dose de 8 milligr. par jour est suffisante. Mais les pertes de fer augmentent chez la femme du fait de la gestation, de la lactation et de la menstruation. Au cours de l'achlorhydrie les pertes de fer ne peuvent pas alors toujours être compensées. Ainsi on s'explique qu'une seule anémie chronique post-hémorragique puisse apparaître chez les hommes ou chez les femmes atteintes d'achlorhydrie.

Le médicament de choix dans cette affection est le fer réduit.

Sous cette influence l'anémie comme les autres symptômes s'améliorent très rapidement. La coilonychie, les gerçures et les lésions de la langue sans hypochlorhydrie ou achlorhydrie concomitantes sont également guéries par le fer. Il semble que l'altération du fonctionnement de l'estomac soit pour beaucoup dans les troubles intestinaux, tels que l'assimilation, notamment du fer, ne se fait pas suffisamment. Il se pourrait également que le fer possédât en dehors de son action anti-anémique des propriétés particulières. En tous cas, chez quelques-uns de ces malades L. a trouvé dans les fèces des acides gras dédoublés en quantité anormalement élevée, phénomène qui n'a pas été influencé par l'administration du fer.

Chez une femme de 36 ans il a été observé par L. un taux d'hémoglobine de 54 avec 4 millions d'hématies, de la glossite, des fissures de la commissure des lèvres, des troubles dyspeptiques et de la diarrhée avec augmentation des graisses dédoublées dans les fèces. Cependant dans ce cas les fonctions gastriques étaient normales. L'anémie doit donc être attribuée à un trouble de la résorption dans le grêle. Il s'agirait alors d'une anémie hypochromique entérogène.

Dans l'anémie pernicieuse on n'observe pas de coilonychie ni de gerçures de la peau. Ces symptômes devraient donc être mis en rapport plutôt avec un trouble de la résorption dans le grêle.

P.-E. Morhardt.

Wichels et Maas. ***La transmission par les anophèles du paludisme inoculé*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 19, 13 Mai 1933). — Jusqu'ici on a admis à peu près sans conteste que le paludisme d'inoculation ne peut pas être transmis par les anophèles. Cependant W. et M. ont observé à la clinique médicale de l'Université de Greifswald une femme de 39 ans, épouse d'un employé de cette clinique et vivant dans l'établissement. Le 19 Octobre elle tomba inopinément malade après le repas : elle présenta brusquement des frissons puis sa température s'éleva à 41°. Les frissons et la fièvre se renouvelèrent les jours suivants à la même heure, c'est-à-dire vers midi.

Le traitement usuel n'ayant rien donné, elle entra à l'hôpital où on constata une légère teinte ictérique des conjonctives et, dans le sang, des plasmodies du type tertiaire en grand nombre. On constata également qu'il s'agissait d'une fièvre à type quotidien et on administra 25 centigr. de quinine 4 fois par jour pendant 21 jours. Les plasmodies disparurent du sang et la malade guérit.

Comme cette femme ne s'est pas déplacée et comme il n'existe à Greifswald que des anophèles, il faut donc admettre que cette transmission du paludisme a eu lieu par l'intermédiaire de moustiques qui s'étaient infectés chez les malades de la clinique traités pour l'impaludation. Ainsi la transmission du paludisme d'inoculation par les anophèles est démontrée.

P.-E. Morhardt.

Br. Bloch et G. Guldberg. ***Les causes de l'hyperpigmentation de la gestation.*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 19, 13 Mai 1933). — L'hyperpigmentation qui survient au cours de la gestation, sur le visage (chloasma), sur les seins et sur la ligne blanche n'a pas été encore expliquée jusqu'ici d'une façon très satisfaisante. Cependant Lipschütz a pu, en implantant des ovaires chez les cobayes mâles castrés, faire apparaître de la pigmentation autour des pis. Ces constatations ont été confirmées par Bloch et Schraft qui ont observé également que l'injection d'hormones sexuelles a un effet analogue. De plus, il a été constaté que l'hormone reste sans action chez les albinos, ce qui montre que pour qu'elle agisse il faut qu'il existe dans la couche profonde de l'épiderme la dopa-oxydase de Bloch. Bloch et Schraft ont procédé à des recherches pour savoir si, chez les femmes traitées par une hormone ovarienne on peut ainsi faire apparaître de la pigmentation. Chez une nullipare de 22 ans réglée régulièrement, ils ont procédé à un traitement d'hormones ovariennes (oestroglandol) à la dose totale de 100 unités. A la suite de ce traitement il est apparu une légère hyper-pigmentation de l'aréole, une pigmentation nette de la ligne blanche et un chloasma moyen.

B. et G. ont repris ces recherches avec une hormone pure et cristallisée fournie par Butenandt. Cette préparation a été injectée à la dose de 75 unités par jour à 6 cobayes mâles castrés. Chez ces animaux on a constaté une hyperpigmentation très nette des pis et de l'aréole. En même temps les pis se sont allongés et sont devenus plus gros et érectiles. Cette action s'est manifestée d'une façon plus nette avec la folliculine cristallisée qu'avec la préparation hormonale qui avait été utilisée antérieurement (œstroglandol).

Aussi l'hyperpigmentation de la gestation doit être considérée comme due à l'hormone sexuelle femelle. On peut se demander maintenant si l'hormone produit elle-même le mélanogène comme l'adrénaline dans la maladie d'Addison. Mais la folliculine n'est pas une substance chromogène. Il faut donc admettre que cette hormone active le ferment producteur de pigmentation, soit en agissant directement sur le sympathique, soit en stimulant la production d'hormone du lobe moyen de l'hypophyse, c'est-à-dire l'intermédine.

P.-E. Morhardt.

W. v. Moraczewski, St. Grzycki, H. Jankomski et R. Sliwinski. ***L'acide urique du sang et la sécrétion d'acide urique sous l'influence d'alimentations diverses*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 19, 13 Mai 1933). — M., G., J. et S. ont procédé, sur eux-mêmes, à des recherches qui ont consisté à consommer chaque jour deux litres de lait et dix petits pains, régime standard auquel il a été ajouté après en avoir observé les effets 2 grammes d'acide nucléinique et 2 grammes de nucléinate de soude. Ce même régime fut modifié par adjonction tantôt de 350 gr. de fromage maigre (100 gr. d'albumine), tantôt de 100 gr. de sucre, tantôt enfin de 50 gr. de beurre. Des analyses du sang ont permis d'étudier les effets de ce régime standard et de ses modifications d'abord sur l'acide urique puis sur le résidu sec, les cendres et enfin sur le calcium du sang.

Il a été d'abord constaté, en ce qui concerne l'acide urique, que les albumines l'augmentent tandis que le sucre et le beurre le diminuent.

L'acide nucléinique l'élève beaucoup moins quand le régime a été riche en albumine que quand il a été riche en sucre ou en corps gras. Dans ce dernier cas il y a dilution du sang qui entraîne une réduction de l'azote résiduel à l'inverse de ce qui s'observe pour l'acide urique. Les variations de la réserve alcaline font voir que les graisses et le sucre doivent être considérés comme une alimentation acide ; l'albumine, au contraire, augmente la réserve alcaline. Avec le régime standard, l'acide nucléinique augmente le calcium ; il le diminue avec le régime d'albumine.

L'analyse de l'urine confirme que le sucre et la graisse déterminent une rétention d'eau. L'élimination des chlorures par l'urine est parallèle à la sécrétion d'eau. L'ammoniaque de l'urine a varié avec le régime standard entre 0,59 et 0,62 gr. L'ingestion d'acide nucléinique augmente ces chiffres d'une façon variable montrant que certains sujets réagissent davantage sous l'influence des aliments acides. Ainsi un régime sucré augmente l'ammoniaque qui diminue si on ajoute de l'acide nucléinique. Une acidification de l'organisme, qui détermine une augmentation de l'ammoniaque urinaire, augmente le calcium du sang. Il y aurait lieu de distinguer un type dans lequel la réserve alcaline est faible, l'élimination de l'ammoniaque et la sensibilité à l'égard d'une alimentation acide tout au contraire importantes. D'une autre part, une même quantité d'azote peut se présenter sous des formes diverses : tantôt il apparaît davantage d'ammoniaque ou, au contraire, davantage d'acide urique suivant que le type métabolique se rapproche de celui de l'oiseau ou de celui du mammifère. Chacun de ces deux types répond différemment à l'égard de l'ingestion d'acide nucléinique. Dans tous les cas l'albumine détermine une augmentation de la production d'acide urique avec tendance à la rétention ou augmentation de la tolérance. En même temps après adjonction d'acide nucléinique on trouve une augmentation de l'azote résiduel et une diminution de l'acide urique.

Une alimentation riche en hydrates de carbone diminue la production d'acide urique et naturellement aussi d'acide urique du sang, l'ingestion d'acide nucléinique ayant alors des effets précisément inverses.

Un régime riche en graisses diminue également l'acide urique de l'urine. Les graisses et le sucre n'agissant pas sur l'azote résiduel du sang.

P.-E. Morhardt.

D. Starck. ***La présence des dispositifs d'occlusion dans les veines du foie du lapin*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 19, 13 Mai 1933). — Un dispositif des fibres musculaires circulaires dans les veines du foie a été déjà décrit chez le chien et chez certains mammifères. Cette disposition qui acquiert beaucoup d'intérêt du fait des recherches de Pick et Mautner sur l'occlusion des veines hépatiques a été étudiée chez d'autres mammifères et chez l'homme, mais sans apporter de conclusion décisive. On admet cependant que chez les gros animaux, comme le cheval et le bœuf, ces dispositifs d'occlusion existent déjà dans les petites veines tandis que chez les taupes et chez les lapins on ne les trouve que dans les grosses. Pour préciser cette question S. a repris ses recherches chez le lapin dont le foie est découpé en lobes nombreux et très variables.

L'examen microscopique a montré que, par exemple, dans les grosses veines du lobe caudé, on constate, à l'endroit où celles-ci s'abouchent dans la veine hépatique d'abord des fibres conjonctives à dispositions plus ou moins spiralaires et, ensuite, des fibres musculaires constituant deux couches l'une interne et circulaire et l'autre plus épaisse et longitudinale, augmentant d'importance au fur et à mesure qu'on se rapproche de la veine hépatique. Les fibres musculaires circulaires prennent alors la prépondérance et on observe un bourrelet qui fait saillie dans la lumière de la veine. Il s'agit de véritables sphincters qui se trouvent surtout là où les veines abandonnent le parenchyme.

P.-E. Morhardt.

H. Th. Schreus et **C. Carrié.** ***Physiologie et pathophysiologie de la sécrétion de la porphyrine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 19, 13 Mai 1933). — L'étude de la sécrétion de la porphyrine a fait jusqu'ici assez peu de progrès faute de méthode d'analyse suffisamment sensible. Mais celle qui a été mise au point par S. et C. permet de déterminer des quantités de porphyrine de l'ordre de 0,005 milligr. dans une quantité d'urine égale environ au tiers du volume total quotidien.

Chez les sujets normaux la quantité de porphyrine, ou, plus exactement, de coproporphyrisme, a varié de 0,02 à 0,1 milligr. par jour. Dans plus de la moitié des cas les chiffres ont été inférieurs à 0,06. D'une façon générale les chiffres trouvés présentent une grande constance et un chiffre supérieur à 0,1 doit être considéré certainement comme non physiologique.

Une porphyrinurie exagérée peut être due à une infection qui atteint les régions chargées de fabriquer la porphyrine, c'est-à-dire le sang et la moelle osseuse, le foie, etc. Les intoxications et enfin la porphyrie elle-même peuvent aussi être en cause.

Pendant la fièvre, il s'observe d'une façon constante une augmentation de la porphyrine qui est en relation étroite avec l'élévation de la température. Au cours d'une cure de pyrétothérapie on a constaté au moment des accès que la porphyrinurie s'élève. On peut se demander si la température agit directement sur la moelle osseuse ou sur le foie, c'est-à-dire sur les tissus qui transforment les pigments sanguins. La destruction des hématies peut aussi intervenir, car, dans la fièvre, la destruction de ces cellules s'observe toujours.

En déterminant heure par heure la quantité de porphyrine excrétée après une administration d'une substance pyrétogène (pyrifer) on constate que l'élévation de température est suivie assez rapidement d'une augmentation de porphyrinurie qui persiste encore pendant cinq ou six heures. Une lésion du foie n'est donc pas en cause parce que cette porphyrinurie cesse aussitôt après l'accès.

On arrive à admettre que la porphyrinurie exagérée est la conséquence d'une destruction des hématies, car chez les nouveau-nés, où l'hémolyse est intense, la porphyrine est abondante. Ainsi la présence de ce corps en quantité élevée dans l'urine permet d'admettre que les globules rouges sont détruits en proportion excessive et que c'est par conséquent l'hémoglobine qui se transforme en hématine, puis en protoporphyrine et, enfin, en coproporphyrine III.

P.-E. Morhardt.

Fritz B. Talbot. ***La température de la peau et ses relations avec la régulation thermique du corps*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 21, 27 Mai 1933). — Les pertes de caloriques se font par les excrétions, pour une petite part, par la respiration et surtout par la surface du corps. Cette élimination de chaleur doit être naturellement égale à la production. Quand celle-ci augmente du fait du travail, l'élimination doit également augmenter. Si les pertes ne s'élèvent pas dans ces conditions, la température du corps monte. En général la peau humaine peut augmenter les pertes de calorique comme on s'en rend compte en mesurant sa température, ce que T. a fait en utilisant un thermo-élément de Benedict. Il a ainsi constaté que la température de la peau varie au minimum là où elle recouvre des organes importants, notamment au niveau du cuir chevelu. Pour une même température extérieure, celle de la peau est plus basse chez les enfants que chez les adultes. Les variations de la température extérieure influent également sur celle de la peau de certaines régions. Celle du visage, par exemple, passe de 31,1 à 35,6 quand la température extérieure s'élève de 16,1 à 30,9. Celle du front varie dans les mêmes conditions de 34,7 à 35,9. Ces variations de température sont dues à des modifications dans la circulation des capillaires, ce qui est mis en évidence par les modifications de l'apparence de la peau.

En mesurant la température sur un groupe d'enfants pendant un an on a constaté des variations suivant les saisons, mais pas suivant l'humidité de l'air.

Au cours d'un travail musculaire assez important pour que le pouls passe de 90 à 184 par moyenne, K. a constaté d'abord un léger abaissement de la température de la peau, réaction qui est tout à fait caractéristique pour les enfants et qui a été observée également par Benedict chez les femmes adultes. Dans quelques cas la température de la bouche a présenté une élévation immédiate et légère. Lorsqu'elle a baissé on doit admettre que la respiration avait été buccale. Dans tous les cas la température du corps s'est élevée au cours de la première heure après le travail. On est amené à admettre qu'au repos la température des muscles dans l'organisme humain n'est pas celle à laquelle le travail maximum peut être fourni. Une élévation de la température est donc nécessaire et c'est ce qui entraîne un abaissement de la température de la peau afin de réaliser plus vite l'optimum.

Des recherches portant sur la température de la peau et du corps montrent que chez les prématurés la régulation thermique n'est pas encore bien développée et qu'une élévation de température ambiante se montre alors capable de faire monter la température de la peau et du corps, les pertes n'étant plus suffisantes.

Quelques recherches ont été faites chez des fébricitants et il semble qu'alors l'activité de la circulation des capillaires modifie également les pertes de caloriques.

P.-E. Morhardt.

Franz Kisch. ***Clinique de la pression moyenne dynamique artérielle*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 22, 3 Juin 1933). — D'après H. Vaquez et ses collaborateurs, l'oscillométrie permet de déterminer directement la pression moyenne dynamique. Cette pression, d'après K., n'est pas facile à définir. Mais pratiquement on doit admettre qu'elle correspond à celle qui existe quand le volume de sang poussé dans les artères par la systole ne subit plus les variations de pression produites par la résistance des parois vasculaires. On doit d'ailleurs remarquer que, d'après J. Plesch, la pression qui règne dans la manchette au moment des oscillations les plus importantes, représente la pression minima augmentée de la tension des parois. K. a d'ailleurs confirmé les observations de divers auteurs d'après lesquels le maximum de l'amplitude ne correspond pas toujours à une oscillation unique ; souvent plusieurs oscillations ont la même amplitude et la courbe affecte une forme en plateau. Ce type s'observe surtout chez les malades atteints d'hypertension permanente. En pareil cas il est préférable de ne pas mesurer la pression moyenne dynamique.

K. utilise pour ses recherches l'oscillomètre de Boulitte. Cependant le tonoscillographe construit par J. Plesch constitue probablement un progrès car il enregistre les oscillations en même temps que les valeurs corrélatives des pressions qui règnent dans la manchette.

K. a trouvé chez les sujets âgés de 30 à 50 ans, dont l'appareil circulatoire est normal, une pression moyenne dynamique variant de 85 à 100 mm. Chez des personnes âgées de plus de 50 ans ces chiffres ont varié de 95 à 110 mm. sans que l'on ne constate aucun trouble circulatoire.

La pression moyenne arithmétique, c'est-à-dire la somme des pressions minima et maxima divisée par deux, diffère souvent de la pression moyenne dynamique. Chez les sujets sains un travail court et modéré ne modifie pas la pression moyenne dynamique. Par contre l'inhalation de quelques gouttes d'amylnitrite la fait diminuer d'une façon marquée.

En cas d'hypotension permanente cette pression est plutôt inférieure à la normale. La sténose mitrale, au contraire, augmente généralement les chiffres. Quand la pression systolique est inférieure à 115 mm. cependant la pression moyenne dynamique est normale. Elle s'élève chez ces malades après un travail de 6 minutes et elle est abaissée par une thérapeutique cardio-diurétique.

En cas d'insuffisance de l'aorte compensée, la pression moyenne dynamique est normale ; quand il y a décompensation, au contraire, elle s'élève.

Chez 36 malades atteints d'une hypertension permanente, on a observé tantôt une pression moyenne dynamique fortement élevée au repos et plus encore pendant le travail, tantôt des chiffres normaux au repos et légèrement augmentés pendant le travail.

P.-E. Morhardt.

F. Rosenthal et **P. Unna.** ***La nature de la maladie de Osler*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 22, 3 Juin 1933). — Osler a décrit en 1901 la maladie connue sous le nom de teleangiectasie ou angiomatose héréditaire hémorragique. Cette maladie a été observée actuellement d'après la littérature dans une centaine de familles et chez 600 sujets. Elle est caractérisée par des angiomes multiples, par des épistaxis récidivantes et se transmet héréditairement comme un caractère dominant.

Dans le cas observé par R. et U. il s'agit d'une femme de 58 ans qui déclare elle-même appartenir à une famille où s'observent des hémorragies. Effectivement un de ses enfants (un garçon), sa mère et son grand-père présentent aussi la maladie. Elle a beaucoup saigné du nez dans son enfance et, vers 40 ans, les épistaxis sont devenues plus fréquentes et plus abondantes. A partir de 55 ans ces hémorragies n'ont pour ainsi dire pas cessé. Elle présente actuellement une anémie intense avec dyspnée. On constate à l'examen de nombreuses néoformations vasculaires du visage, des oreilles, des lèvres et de la langue. L'hémoglobine s'élève à 18, les globules rouges à 0,9 millions, les réticulocytes à 3 pour 100 et les lymphocytes à 44 pour 100. Les temps de saignement et de coagulation sont normaux. On trouve sur la cloison et sur la


DIGESTION TOTALE
DIASTOPEPSINE RICHEPIN
Représente l'activité totale des glandes pancréatiques et pepsiques, et de la diastase
Digestion et Assimilation des viandes, féculents, corps gras.
Repose le Foie et le Pancréas
PILULES et ELIXIR très agréables
Réveille le réflexe gustatif
Provoque l'activité digestive
1 ou 2 PILULES ou un verre à liqueur après les repas
GLANDES STOMACALES PEPSIQUES
SUC PANCRÉATIQUE
GERASOL
Gérasol Cimon
au BI-BORATE de MAGNÉSIE et LAVANDE
Pour tous lavage antiseptique et hygiénique, Pansements, etc.
Echantillons Gratuits sur demande... 34 Boulevard de Clichy. Paris
ABSORPTION CUTANÉE
La peau est un vaste filtre qui absorbe et dialyse
LA BRONCHODERMINE
respecte la voie stomacale
GAIACOL, HELENINE, TERPINOL, EUCALYPTOL, SÈVE DE PIN
RHUME-BRONCHITE
Coqueluche, Emphysème
Indiquée à tous les âges même dans la plus tendre enfance
ACTION RAPIDE — EMPLOI FACILE

muqueuse du nez de nombreuses dilatations vasculaires souvent recouvertes d'une croûte hématique. La transfusion du sang, la cautérisation des angiomes et le tamponnement ont permis d'arrêter l'hémorragie.

Il a été possible de procéder chez cette femme à une biopsie qui a donné les résultats suivants. Les vaisseaux au voisinage d'une téléangiectasie sont très développés et présentent l'apparence de sinus alors que dans l'angiome ordinaire les vaisseaux conservent une section circulaire ou ovalaire. La forme irrégulière observée chez cette femme est due à une destruction étendue de la substance du tissu conjonctif. Les tuniques collagènes des vaisseaux sont plus ou moins incomplètes et la tunique élastique de même que la tunique musculaire manquent souvent. Les vaisseaux sont ainsi constitués par une seule couche d'endothélium.

En outre le tissu conjonctif présente une dégénérescence qui affecte non seulement le chorion mais encore les gaines des poils, des glandes, des muscles lisses et des vaisseaux. L'élastine présente des anomalies de coloration et de répartition. Dans les couches profondes elle se présente sous forme de fragments en bâtonnets.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

Heinrich. *La coramine utilisée dans les intoxications par les hypnotiques* (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 14, 7 Avril 1933). — La coramine introduite dans la thérapeutique par Faust a pour caractères essentiels d'augmenter l'excitabilité du système nerveux central. Elle agit également sur les vaso-moteurs en augmentant l'action vaso-constrictrice mais n'a par contre pas de rôle direct toni-cardiaque. En outre elle agit sur la respiration.

En clinique on peut vérifier cette action établie par l'expérimentation : la coramine rend la respiration plus rapide et plus ample, favorise l'expectoration, provoque une légère accélération du pouls qui est mieux frappé et active la circulation cutanée.

L'utilisation de ces propriétés lors d'intoxication par des hypnotiques est donc indiquée et H. a obtenu dans 3 cas d'empoisonnement par des médicaments dérivés du luminal, une régression des symptômes à l'aide d'injection intraveineuse de coramine.

G. Dreyfus-Sée.

Schultze. *L'état de l'appendicite durant le stade d'incubation de la rougeole* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 15, 14 Avril 1933). — Une fillette de 10 ans, opérée pour réaction appendiculaire, présentait un appendice sans lésions inflammatoires mais dont l'étude histologique montra des cellules géantes très colorables situées en grand nombre dans la muqueuse entre les éléments glandulaires normaux. On les trouvait dans les crytes ainsi qu'au sommet des replis de la muqueuse.

Cet aspect de l'appendice a été décrit à 2 reprises par Finkelday et par W. Fischer; dans ces 2 cas il s'agissait de sujets opérés durant la période pré-morbilleuse.

Une enquête faite par S. lui apprit que sa jeune malade avait présenté le lendemain de l'intervention une éruption morbilleuse typique.

Une image cellulaire analogue a été observée dans les amygdales lors du stade prodomique de la rougeole. Les réactions histologiques spécifiques paraissent d'ailleurs très transitoires.

S. soulève 2 hypothèses pour expliquer ces modifications histologiques spécifiques : soit action du virus morbilleux sur les amygdales et sur l'appendice dont le rôle comme porte d'entrée de ce virus pourrait alors être discuté ; soit réaction de sensibilisation comme le pensaient Finkelday et Fischer.

Une étude systématique du tissu lymphoïde pourrait seule fournir une réponse à ces problèmes.

G. Dreyfus-Sée.

Jokl et Guttmann. *Recherches psychiatriques chez les boxeurs* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 15, 14 Avril 1933). — Les manifestations neuro-psychiatriques peuvent être étudiées pendant la lutte, immédiatement après, ou plus tardivement lors de suites durables.

On les observe après les 3 types de knock out résultant d'un coup porté au menton, au sinus carotidien ou au creux épigastrique; cependant elles peuvent survenir lors de coups suffisamment énergiques portés sur un point quelconque du corps et plus spécialement sur la tête.

1° *Pendant la lutte :* Le coup au menton entraîne une perte de connaissance brusque et peu durable, sans sensation désagréable, permettant parfois une reprise immédiate de la lutte. Lorsqu'elle est plus prolongée elle entraîne une amnésie totale souvent même rétrograde avec oubli de tout le combat.

Le coup du sinus est plus rare, car la région est mieux protégée. La perte de conscience est due au réflexe d'Hering; elle ne provoque pas de signes ultérieurs de commotion.

Le coup à l'épigastre donne lieu à 2 types de manifestations : soit réflexe brusque d'atonie musculaire avec chute et arrêt de la respiration sans perte de conscience ; soit dilatation des vaisseaux abdominaux, surtout des veines, avec parfois hémorragies et collapsus cardiaque ; la perte de connaissance est profonde et durable.

Parfois le coup au menton peut déterminer une perte du tonus musculaire, avec chute, impossibilité de remuer, sans perte de conscience.

L'état que les sportifs nomment « groggy » est dû aux coups insuffisants pour provoquer le knock out : il n'y a pas de perte de la motricité mais le trouble psychique entraîne un certain degré d'incoordination, des mouvements mal assurés et lents. Souvent une amnésie plus ou moins complète persiste. Cet état dangereux, puisqu'il laisse le boxeur presque sans défense exposé aux coups de son adversaire, doit donc être bien connu du médecin sportif.

Les commotions vraies sont plus rares. Les paralysies vraies des nerfs périphériques habituellement transitoires sont aisées à reconnaître.

Le coup sur la nuque, interdit par le règlement sportif, est exceptionnel et grave, laissant des signes de commotion durables.

2° *Après la lutte :* Les manifestations neuropsychiques peuvent ne survenir qu'après le combat. Outre les amnésies rétrogrades on peut constater des amnésies antérogardes partielles. Certains boxeurs qui paraissent normaux ont cependant un certain degré de désorientation qui se traduit par des actes bizarres (impossibilité de retrouver sa maison, de nouer sa cravate, etc.).

On peut observer des manifestations digestives ou des hémorragies traumatiques secondaires.

En pratique le véritable knock out serait le plus souvent beaucoup moins inoffensif que ne le prétendent les sportifs.

3° *Manifestations durables :* Celles-ci, bien connues des boxeurs, sont assez complexes. Les vieux boxeurs ont une sensibilité de plus en plus marquée aux coups. Surtout on observe souvent chez eux des troubles psychiques qui se rapprochent de la démence. L'examen neurologique montre fréquemment des signes de lésion au foyer, modifications réflexes, troubles de la coordination ou troubles de la parole.

G. Dreyfus-Sée.

ARCHIV für SCHIFFS- und TROPEN HYGIENE (Leipzig)

D. Mezincescu, F. M. Peter et D. A. Cornelson. *Epidemiologische und therapeutische Malariastudien in Suliman (Etudes épidémiologiques et thérapeutiques sur le paludisme à Suliman)* [*Archiv für Schiffs- und Trop. Hygiene*, t. XXXVII, n° 5, Mai 1933]. — Ce travail est un long rapport, épidémiologique et thérapeutique, traitant des mesures prophylactiques prises à la station antimalarique de Gurbanesti (Roumanie), depuis l'année 1930, portant sur 15 agglomérations, notamment celle de Suliman, et à peu près 10.000 sujets, dans un rayon de 12 kilomètres. Cette enquête a été menée suivant les méthodes classiques. Voici les principales constatations. Les porteurs de virus, décelés par la présence de parasites dans leur sang, peuvent être de très jeunes enfants, au-dessous de 6 mois. C'est au-dessous de 12 ans que l'on trouve le plus de parasites. Il faut tenir le plus grand compte des porteurs sains, qui n'attirent pas l'attention du médecin. Deux examens négatifs de sang ne suffisent pas pour affirmer que le sujet n'est pas un porteur de virus. Enfin, il faut prévoir les rechutes, chez les individus traités, qui remettent les parasites en circulation.

Les auteurs ont essayé comme médicament : l'atébrine-plasmoquine. Les doses trop faibles d'atébrine n'empêchent pas les rechutes. Avec l'association atébrine-plasmoquine, il y aurait en 13.2 pour 100 de rechutes, mais peut-être s'agit-il dans une certaine proportion de nouvelles infections. Elles s'observent chez les enfants, avec *P. vivax.*

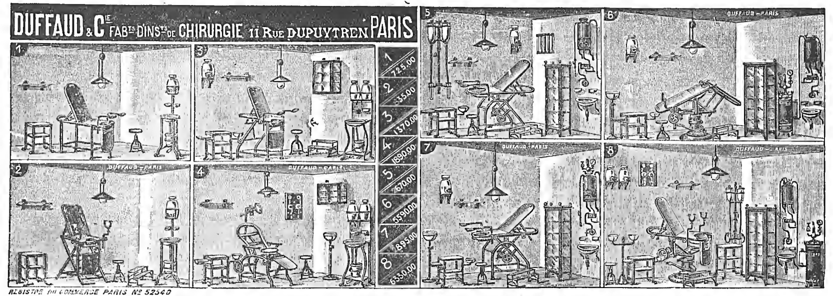
Ch. Joyeux.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG (Leipzig et Dresde)

H. Scheidel. *Contribution à l'étude de l'étiologie, de l'évolution et de la terminaison des affections valvulaires* (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXV, n° 8, 15 Avril 1933). — Ce travail est basé sur les observations et les autopsies de 160 malades atteints d'affections valvulaires décédés à la clinique médicale de Heidelberg en l'espace de dix-huit ans. Parmi celles-ci la moitié environ étaient d'origine rhumatismale, 8 pour 100 de nature syphilitique ; les autres se répartissaient entre les différentes étiologies habituelles des affections valvulaires (chorée, pneumonie, angine, etc.).

Dans la grande majorité des cas la cardiopathie valvulaire fut acquise dans la deuxième décade de la vie ; après 40 ans il est exceptionnel qu'il se produise des affections valvulaires. Celles-ci se rencontrèrent aussi souvent chez les hommes que chez les femmes. Chez les deux cinquièmes des malades les troubles cardiaques étaient apparus immédiatement à la suite de la maladie infectieuse qui avait déterminé la lésion ; il s'agissait alors le plus souvent de lésions valvulaires associées ; dans un quart des cas ils ne se montrèrent que plus de dix ans plus tard. Les premiers signes de décompensation survinrent habituellement de cinq à dix ans ou de dix à vingt ans après la production de la lésion. Les lésions isolées demeurèrent compensées plus longtemps que les lésions associées. Les premiers symptômes de décompensation nette ont pu se montrer aussi bien dès les premiers troubles cardiaques subjectifs qu'au bout d'un temps plus ou moins long, atteignant jusqu'à vingt-sept ans.

Les lésions valvulaires aortiques ont atteint surtout des hommes, tandis que les lésions tricuspidiennes et le rétrécissement mitral prédominaient chez


DUFFAUD & Cie FABts D'INSts DE CHIRURGIE 11 Rue DUPUYTREN PARIS
1 725.00
2 35.00
3 1370.00
4 1890.00
5 670.00
6 5590.00
7 895.00
8 6330.00
DUFFAUD — PARIS
REGISTRE DU COMMERCE PARIS N° 52540

les femmes. Chez 73 pour 100 des malades il s'agissait de lésions associées. La lésion la plus fréquemment rencontrée fut l'association de rétrécissement et d'insuffisance mitrale ; venaient ensuite l'insuffisance aortique, le rétrécissement aortique combiné à l'insuffisance, l'insuffisance mitrale pure et, bien moins fréquemment, les autres lésions orificielles.

Il n'y a pas de relations bien définies entre la variété de lésion valvulaire et la durée de la vie ; cependant c'est dans l'insuffisance aortique que celle-ci est la plus longue. On ne constata pas d'influence saisonnière sur l'époque de la mort. De nombreux malades eurent plusieurs poussées d'asystolie (jusqu'à 9), d'autres une seule ; les malades porteurs de lésions aortiques se rétablirent le plus souvent fort mal, une fois la première poussée d'asystolie déclenchée. Entre la première crise d'hyposystolie et l'issue fatale on nota un intervalle de quelques mois à seize années.

Il n'y a pas de règles fixes concernant les types de phénomènes de stase terminale constatés lors des diverses lésions valvulaires. Lorsque par hasard la congestion hépatique ou rénale ou bien les œdèmes firent défaut, il s'agit le plus souvent de lésions mitrales. Le rétrécissement mitral est de beaucoup la lésion qui cause le plus souvent l'arythmie perpétuelle.

La durée de la vie d'un cardiaque valvulaire est très nettement influencée de façon fâcheuse par les métiers pénibles et par les conditions sociales défavorables. 26 pour 100 des malades moururent subitement.

A l'autopsie on trouva chez 26 pour 100 des patients des lésions endocardiques récentes à côté des anciens foyers ; chez tous les autres on constata essentiellement une endocardite chronique fibreuse, stade terminal d'une inflammation antérieure. Très souvent coexistaient des lésions péricardiques et myocardiques, témoins d'une pancardite.

Dans la moitié des cas environ le diagnostic nécropsique concorda avec le diagnostic clinique. Dans les autres cas, le plus souvent des cas de lésions associées, une des lésions valvulaires avait été méconnue pendant la vie.

P.-L. Marie.

K. Dietrich. ***Apparition de périartérite noueuse au niveau de la peau de l'avant-bras après un érysipèle de ce dernier*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXV, nº 9, 1er Mai 1933). — On ne considère plus actuellement la périartérite noueuse comme une maladie autonome, mais comme une complication ou une séquelle d'une maladie infectieuse atteignant la tunique musculaire des artères d'un certain calibre. Presque toujours il s'agit d'un processus généralisé, rarement d'un processus localisé à un territoire vasculaire. Ici, non seulement la périartérite s'est limitée à l'avant-bras, mais encore, fait unique jusqu'à présent, elle a fait son apparition à la suite d'une infection locale bien circonscrite, un érysipèle consécutif à une plaie du coude qui avait guéri en huit jours. La localisation artérielle se montra deux mois après sous forme de nodules au nombre d'une vingtaine, disséminés à l'avant-bras dans la région précédemment occupée par l'érysipèle, situés dans le derme où ils faisaient une légère saillie accompagnée d'un peu de rougeur de la peau, le plus gros ayant 75 mm. de diamètre et 5 mm. de hauteur, et possédant la structure typique de la périartérite noueuse (accumulation de cellules rondes dans l'adventice des artères de moyen calibre de la peau avec destruction des fibres musculaires de la tunique moyenne et épaississement énorme de l'intima). A signaler ici la participation anormale des veines.

D. fait jouer un rôle important dans la pathogénie de la périartérite noueuse à la parésie de la tunique musculaire, conséquence de l'irritation nerveuse d'origine soit locale, soit surtout centrale, et prédominant au niveau de certains segments. Cette parésie s'accompagne de stase dans la circulation de l'adventice, produite par l'irritation nerveuse et qui, combinée à la distension exercée par la pression sanguine s'exerçant sur le segment parésié, détermine la nécrose de ce dernier. Ici, l'érysipèle aurait agi primitivement en irritant les centres nerveux vaso-moteurs et son action sur les vaisseaux se serait trouvée renforcée au niveau du territoire cutané où il siégeait du fait de l'irritation cutanée déterminée par lui et de l'occupation de la malade, sans qu'il soit besoin de faire intervenir l'influence locale de toxines.

P.-L. Marie.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

R.-L. Repetto. ***La périartérite noueuse ou maladie de Kussmaül-Maïer*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, nº 20, 17 Mai 1933). — Revue générale, avec bibliographie, des faits pathologiques décrits en entité nosographique par Kussmaül et Maïer.

L'étiologie est inconnue. La syphilis, les filarioses, les infections à pyogènes, le rhumatisme ont été incriminés. Il est probable que l'affection relève d'un virus spécifique, qui envahit les tissus vasculaires par les vasa vasorum.

Les organes atteints présentent à leur surface de petites nodosités blanchâtres, spécialement apparentes sur les reins, le foie, le cœur, l'estomac. Les lésions siègent dans la tunique moyenne des artères. Elles débutent par la zone superficielle dans les gros vaisseaux, par la zone profonde dans les petits. Elles passent par les quatre phases de dégénérescence, d'inflammation aiguë, de granulations, de cicatrisation. Des ruptures artérielles, des hémorragies surviennent au cours de l'évolution

La fièvre est constante, de courbe septicémique. Troubles cardio-vasculaires : tachycardie, attaques angineuses. Troubles nerveux : hémorragies cérébrales, crises convulsives, somnolence, polynévrites, etc... Douleurs abdominales dramatiques. Les lésions cutanées sont les plus constantes, éruptions diffuses et nodules typiques.

Le diagnostic se fonde sur la coïncidence de ces symptômes variés, spécialement fièvre, douleurs, nodules cutanés. La mort dans la cachexie constitue l'issue habituelle après une évolution de quelques mois.

R. apporte une observation personnelle avec examens de laboratoire et préparations histologiques.

G. d'Heucqueville.

M. H. Rikles. ***Endocardite septale chronique à forme bradycardique*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, nº 20, 17 Mai 1933). — Observation d'un malade de 39 ans, sans antécédent notable, souffrant de douleurs précordiales. Bradycardie : 45 pulsations par minute, fréquence qui s'élève à 55 par l'épreuve de Lian. L'électrocardiogramme montre la réduction de l'espace PR ; le point P est positif.

R. discute la pathogénie de ces troubles. L'endocardite septale constitue une entité pathologique définie, dont le pronostic est commandé par l'activité des lésions.

G. d'Heucqueville.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Plenk. ***Le méningiome*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, nº 17, 28 Avril 1933). — C'est sous ce terme que Cushing a réuni les tumeurs primitives des méninges, de nature conjonctive, et plus ou moins bénignes, qui surviennent entre 40 et 60 ans. Leur origine ecto et mésodermique n'est pas absolument définie ; on y retrouve histologiquement toutes les cellules trouvées normalement dans les méninges, adultes ou à leur stade embryonnaire, les tumeurs constituées par les cellules les plus jeunes étant les plus malignes ; à côté des angioblastomes, des fibroblastomes se retrouvent également des cellules pigmentaires, et même des cellules graisseuses ; on note également des formations osseuses donnant à la tumeur l'aspect d'ostéomes.

Les méningiomes, du fait de leur développement lent, ne donnent lieu que tardivement à de la céphalée et à de la stase papillaire ; par contre, les signes en foyer sont fréquemment retrouvés, ainsi que des troubles psychiques prenant l'aspect, suivant l'âge, de démence précoce, de P. G. ou de démence sénile.

Leur siège peut être spinal, périnerveux, suprasellaire, de la convexité de la faux du cerveau, etc... On observe au voisinage de la tumeur des troubles réactionnels de l'os (amincissement ou épaississement).

G. Basch.

Stiefler. ***La maladie de Heine-Medin en Haute-Autriche*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, nº 19, 12 Mai 1933). — La marche de l'épidémie s'est faite, comme il est classique, le long des voies de chemin de fer, des routes et des fleuves ; ce dernier fait, contrairement aux observations de Kling, qui considérait que la maladie de Heine-Medin se propageait des embouchures des fleuves à leur source, argument en faveur de l'origine hydrique de la maladie. L'épidémie de Haute-Autriche de 1931 a atteint 288 personnes, et, dans les campagnes peu peuplées, a frappé plus d'adultes que dans les centres, du fait de l'immunisation habituelle des habitants des villes. Par ailleurs, il s'est agi, comme il est de règle, d'une épidémie estivo-automnale. On a noté 112 cas banals, 22 cas atypiques : avec manifestations bulbaires (8), avec symptômes cérébraux (3), avec signes méningés (9), avec névrite (4), et 14 syndromes de Landry.

G. Basch.

Orel. ***Sérothérapie de la poliomyélite*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, nº 19, 12 Mai 1933). — Le traitement a été institué à Linz à l'aide du sérum de convalescent (méthode de Netter), ainsi qu'à Vienne. Dans cette dernière ville, a été constitué un stock de sérum de Pettit obtenu à l'Institut sérothérapique, en suivant la technique de l'auteur. O., sans donner la préférence à l'une ou l'autre méthode, rapporte la statistique canadienne suivante, concernant des cas traités au sérum de Pettit : 54 malades sont restés sans traitement ; 14 d'entre eux ont guéri totalement, 34 ont présenté des paralysies définitives, 6 sont morts.

33 malades ont été traités au stade des paralysies : 7 ont guéri complètement, 15 ont présenté des paralysies définitives, 11 sont morts.

74 malades ont été traités au stade préparalytique : 69 ont été guéris, 5 ont présenté des paralysies définitives, il n'en est mort aucun.

Il faut noter que tous ces cas ont été contrôlés par la P. L. avec numération des cellules.

Les données concernant le traitement sérothérapique de la maladie de Heine-Medin ne semblent donc pas avoir été nettement précisées par l'expérience de l'épidémie de Haute-Autriche.

G. Basch.

Hajos. ***Les maladies allergiques des muqueuses*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, nº 21, 26 Mai 1933). — Après quelques généralités au sujet de l'asthme anaphylactique, de la présence chez ces malades d'une vagotonie avec éosinophilie, hypocalcémie, élévation de la réserve alcaline et du pH et diminution de la sensibilité à l'adrénaline, H. en envisage le schéma thérapeutique : le traitement symptomatique est l'adrénaline ;

les cures climatiques et tout ce qui peut éloigner le patient des facteurs susceptibles de déclencher ses réactions paroxystiques sont à retenir; on ne négligera pas non plus les opérations rectificatrices des fameuses épines irritatives ainsi que la psychothérapie lorsque le système nerveux semble entrer en jeu particulièrement; enfin, les méthodes de désensibilisation élective ou générale sont à utiliser selon les données bien connues; H. préconise l'inhalation d'acide carbonique ou d'un mélange d'oxygène et d'acide carbonique tel qu'on le pratique au Mont-Dore.

G. Basch.

Langer. ***Résultats du traitement par le tannin des brûlures chez l'enfant*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 22, 2 Juin 1933). — En 1925, Davidson a conseillé l'usage de l'acide tannique chez les brûlés afin de lutter contre l'intoxication qui résulte chez ces blessés de la résorption des albumines des tissus; l'acide tannique aurait pour rôle de constituer un albuminate insoluble. L. suit la technique que voici: ouverture des phlyctènes sous chlorure d'éthyle et abrasion de l'épiderme mortifié; tamponnement des surfaces à vif et des alentours avec de la benzine qui dissout la graisse, puis application de compresses imbibées d'une solution fraîche d'acide tannique à 2,5 pour 100 et maintenues humides pendant 24 à 36 heures, jusqu'à apparition d'un escarre; à ce moment, on laisse les patients couchés dans des draps stériles sans pansements jusqu'à chute de l'escarre. L'avantage de cette méthode est la protection naturelle des brûlures par la croûte créée par l'acide tannique. L. a traité de cette manière 65 enfants dont 5 seulement sont morts, ce qui constitue une proportion de 7,7 pour 100, alors qu'il ressort de statistiques comparables, faites chez des enfants traités différemment, une mortalité de 15 pour 100. Il a pratiqué en outre des transfusions sanguines et des injections intra-veineuses de thiosulfate de soude.

G. Basch.

Oppenheim. ***L'étiologie de la langue pileuse*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 23, 9 Juin 1933). — Dès 1917, O. concluait ainsi un travail sur le même sujet : la langue pileuse peut être provoquée artificiellement; la nature mycosique de l'affection n'est pas prouvée; on peut donner lieu à la maladie par imbibition avec de la teinture de ratanhia, associée à diverses teintures. Il a pu déterminer ainsi la langue pileuse chez 15 malades au bout de 8 jours d'applications. Il y a donc lieu d'écarter l'origine parasitaire de la maladie aussi bien que son origine congénitale; il s'agit probablement d'une action kératoplastique de l'extrait de ratanhia associé aux colorants, mais un grand nombre de produits peuvent lui donner naissance. O. a observé ainsi la langue pileuse après absorption d'une confiture de couleur rouge, ou chez les enfants qui consomment des bonbons acidulés colorés; enfin la consommation d'alcool, l'irritation due à certains tabacs, contribuent à créer la lésion. Le meilleur traitement est l'abstention du produit irritant; la radiothérapie et le radium ont donné des succès.

G. Basch.

Polland. ***Maladies de peau et troubles mentaux*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 23, 9 Juin 1933). — P., envisageant le rôle des troubles mentaux dans le déclenchement de certaines maladies cutanées, signale tout d'abord les cas, douteux d'ailleurs, de gangrène hystérique, de phlyctènes ou de « stigmates »; il rapproche de ces faits certains prurits, et relate quelques observations peu démonstratives de lésions urticariennes ou prurigineuses chez des femmes proches de la ménopause, et chez lesquelles la psychanalyse pouvait mettre en évidence certains troubles mentaux d'origine sexuelle. Il relate en outre l'origine psychogène possible de certains herpès récidivants à la suite d'émotions.

G. Basch.

Schreiner. ***A propos de l'allergie au novarsénobenzol*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 23, 9 Juin 1933). — Traduisent cette allergie les manifestations cutanées précoces (érythème du 9e jour), les œdèmes des paupières, de la langue ou de la glotte, accompagnés de prurit, de fièvre, et même de manifestations du type de la crise nitritoïde. A ce propos, S. reprend la question de savoir s'il s'agit d'anaphylaxie ou d'idiosyncrasie, question d'autant plus difficile à résoudre que tous les tests directs d'ordre cutané donnent des résultats déconcertants. D'autre part, si certains patients semblent se sensibiliser à mesure qu'on les traite, d'autres présentent des accidents aux premières piqûres; on peut dire cependant qu'il s'agit de sujets prédisposés (asthme, etc...), bref d'individus présentant la diathèse colloïdoclasique de Widal.

S. a utilisé un test cutané, à l'aide d'injections intradermiques de deux dixièmes de cmc d'une dilution au 100.000e, au 10.000e et au 1.000e de Salvarsan. L'ayant essayé sur 150 malades, il considère ses résultats comme valables et cite quelques observations à l'appui de cette opinion.

G. Basch.

Fasal et Wachner. ***Purpura thrombopénique par intoxication à la quinine et au safran pris dans un but abortif*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 24, 16 Juin 1933). — Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans qui prit dans un but abortif, au 3e mois d'une grossesse, une infusion de safran préparée avec une poignée de safran, et, en outre, 4 cachets de quinine. Le lendemain, elle se sent mal, vomit, crache du sang; le 4e jour apparaissent des phlyctènes sur le dos de la langue ainsi que des ecchymoses, des pétéchies de la peau et des muqueuses. Bientôt apparaît une anémie légère à 4.000.000, une diminution des plaquettes à 40.000 avec augmentation du temps de saignement et temps de coagulation normal. Cet état s'améliore, et au bout d'une semaine les signes cliniques et hématologiques ont disparu.

La question est de savoir quel est, du safran ou de la quinine, l'agent responsable de ce syndrome. Le safran, abortif connu depuis longtemps, peut donner des saignements de nez, des hématuries, de l'ictère, des métrorragies. Quant à la quinine, elle peut, outre des troubles habituels, donner lieu chez les prédisposés à un véritable purpura; les cutiréactions pratiquées avec ces deux corps restèrent négatives, et les auteurs admettent une action combinée des deux toxiques.

G. Basch.

ACTA RADIOLOGICA (Stockholm)

Gösta Runström. ***Etude radiologique des otites moyennes aiguës et chroniques*** (*Acta Radiologica*, supplément XVII, 1933). — R. précise qu'il ne s'agit, dans cette étude, que des cas où il existe des manifestations susceptibles de se traduire sur la radiographie, c'est-à-dire ceux qui résultent de complications du système cellulaire ou du tissu osseux au niveau du temporal.

Il rappelle les travaux antérieurs parus sur cette question, notamment sur la technique à employer, et insiste sur les progrès récents de celle-ci ; enfin il a pour but de préciser une technique simple, efficace et rapide et décrit avec minutie la morphologie radio-pathologique.

Le premier chapitre est consacré à *l'étude anatomique du temporal et de ses variations* et R. insiste sur l'importance de la topographie des cellules mastoïdiennes et de l'antre et sur la fréquence des variations qui peuvent exister.

Dans un deuxième chapitre R. décrit les *principales techniques radiographiques*, à savoir : 1° celles qui donnent une vue d'ensemble symétrique des deux temporaux : positions axiales de *Schüller:* sous-mento-verticale et sagittale postéro-antérieure de *Kühne* et *Plagemann*, postéro-antérieure avec inclinaison de l'ampoule de 15° vers les pieds; de *Grashey*, antéro-postérieure...; 2° celles qui donnent une image partielle ou totale d'un seul temporal : les unes latérales avec orientation latéro-frontale des rayons, comme les positions de *Henley* (angle de 15°), de *Schüller* (angle de 25°)...; les autres, utilisant surtout la direction sagittale d'un rayonnement faisant avec le grand axe de la pyramide un angle variable comme, entre autres, les positions de *Stenvers, Lannois* et *Arcelin, Fischer* et *Sgalitzer, Lysholm* enfin ; d'autres utilisent une direction axiale des rayons, par exemple les positions de *Mayer* et de *Lysholm* ; d'autres ont surtout pour but d'étudier l'apophyse mastoïde, positions de *Grashey, Sonnenkalb, Stenvers* surtout qu'a simplifié l'emploi de l'appareillage conçu par *Lysholm...;* 3° la stéréo-radiographie qui fait l'objet d'une longue étude ; ce chapitre est complété par des détails de technique radiographique (prise des clichés, développement, élimination du rayonnement secondaire).

Dans le troisième chapitre R. décrit *les positions auxquelles il a eu personnellement recours* pour son travail, c'est-à-dire : 1° latérale avec inclinaison de 15° de l'ampoule ; 2° orthoprojection axiale avec inclinaison de 35°; orthoprojection frontale de profil avec inclinaison de 30° sur l'occipital; projection axiale sous mento-vertex.

Aussi bien dans ce chapitre que dans le chapitre précédent des schémas très clairs rendent ces positions très faciles à reproduire.

Le quatrième chapitre est consacré à *l'étude radiologique du temporal* telle qu'elle résulte de l'emploi de ces diverses positions et est complété par des schémas descriptifs.

R. a tiré, de l'étude d'environ 1.000 cas présentant des modifications radiologiques évidentes, des conclusions basées sur : 1° l'aspect aérique ou non des cellules mastoïdiennes; 2° la calcification des parois des cellules ; 3° la morphologie de ces parois (parois nettes, mal limitées, altérées).

1° L'opacité du système cellulaire qui peut être due à des causes multiples peut aussi être observée en cas d'œdème périphérique des tissus mous. Cette opacité est d'autant plus aisée à reconnaître que le système cellulaire est plus développé ; elle peut échapper complètement quand il est peu développé et que l'antre est petit; 2° la décalcification des parois ou leur peu de densité constitue un signe important ; le pronostic est d'autant plus favorable que la calcification est d'aspect normal ; *la décalcification, les contours indécis ou irréguliers sont signe d'ostéite* et, en règle générale, provoquent l'intervention chirurgicale.

Cette étude est complétée par 47 observations résumées par R. (2 cas normaux, 8 cas d'opacification diffuse sans altération des parois, 7 cas d'opacification avec décalcification et aspect flou mais sans irrégularités des parois, 17 cas s'accompagnant en outre d'irrégularités des parois, 13 cas avec atteinte du zygoma ou de la pyramide, ou de cholestéatomes, ou d'ostéites) et qu'illustrent parfaitement d'excellentes reproductions radiographiques.

Michel Kahn.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

L. Cornil et **M. Mosinger.** ***Considérations critiques sur les rapports proposés entre le poids du cerveau et l'intelligence*** (*Le Progrès médical*, n° 13, 1er Avril 1933). — L'expérience montre que l'établissement d'une formule algébrique liant le poids du cerveau à l'intelligence se heurte à des difficultés considérables. Les centres associatifs, intellectuels, individualisés au point de vue cytoarchitectonie, absents chez les mammifères inférieurs, se glissent entre les centres sensoriels et moteurs primaires; il est donc pratiquement impossible de faire une étude pondérale des zones intellectuelles du cerveau. Le développement phylogénétique du cerveau, avec apparition de zones entièrement nouvelles au point de vue cytoarchitectonie, semble bien montrer que l'enrichissement en « circuit associatif », assurant l'évolution de l'intelligence, entraîne une augmentation en poids de l'encéphale. Si les formules actuelles sont insuffisantes pour établir un rapport entre le poids du cerveau et l'intelligence, c'est que les facteurs dont il faudrait tenir compte sont multiples et d'évaluation difficile; de plus, il ne faut pas oublier les difficultés de mesure d'un élément surtout qualitatif comme celui de la cérébration, dont le poids du cerveau n'est à tout prendre que l'un des facteurs d'appréciation anatomiques.

L'étude de la surface cérébrale, celle du rapport quantitatif entre les substances blanche et grise, les cyto et myéloarchitectonies ne sont pas moins importantes et reculent les limites d'un problème désormais bien posé dont on commence seulement à entrevoir l'infinie complexité.

Robert Clément.

N. E. Ischlondsky. ***La sécrétion interne des tissus embryonnaires dans le traitement des cardiopathies*** (*Le Progrès médical*, n° 14, 8 Avril 1933). — I. a réussi à isoler des tissus embryonnaires plusieurs substances douées d'une « action stimulatrice et régénératrice sur l'appareil endocrinien ainsi que sur d'autres appareils physiologiques de l'organisme vieilli ». La préparation de ces produits est basée sur « l'extraction de la pulpe des tissus embryonnaires par des solvants organiques insolubles dans l'eau, l'élimination minutieuse des graisses, des acides gras libres et des autres corps accessoires de nature lipoïde et la purification du liquide « incrétoire » par filtration à froid à des températures de plus en plus basses... ».

Le produit ainsi obtenu que I. appelle « incret embryonnaire » aurait une action régulatrice durable sur le cœur qu'il a pu vérifier sur 60 cas d'insuffisance cardiaque grave. Cette substance déterminerait « une véritable régénérescence des propres mécanismes actifs de l'organisme et par conséquent un traitement causal dans le sens le plus complet du mot ». La régénérescence de la fonction cardiaque ainsi obtenue serait précieuse dans le traitement des maladies du cœur en général, dans l'insuffisance cardiaque sénile en particulier.

Robert Clément.

LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS
(Paris)

J. Decourt et **M. Bascouret.** ***Les bradycardies au cours des affections gastro-intestinales*** (*Le Journal médical français*, t. XXI, n° 9, Septembre 1932). — La retentissement de certaines affections gastro-intestinales sur le rythme cardiaque est de notion courante. Les palpitations, les douleurs précordiales, la tachycardie, l'arythmie extra-systolique sont souvent rattachées à un syndrome gastro-intestinal. La notion de bradycardie de cette origine est beaucoup moins répandue, cependant on a observé un ralentissement paradoxal du pouls au cours de certaines appendicites, dans l'ulcère et le cancer de l'estomac, dans la lithiase intestinale, les entérocolites banales et la simple constipation chronique.

Les bradycardies d'origine gastro-intestinale ont les caractères généraux des bradycardies totales sans dissociation ventriculo-auriculaire. Elles sont souvent d'une intensité modérée (50 à la minute); la fréquence du pouls n'est pas fixe: sur un fond de bradycardie permanente légère, apparaissent spontanément des paroxysmes bradycardiqués.

Les bradycardies d'origine gastro-intestinale peuvent demeurer entièrement latentes et être une découverte d'examen, elles sont alors modérées et relativement fixes. Elles peuvent se compliquer d'accidents nerveux, vertiges, lipothymies et même syncopes. Ces troubles nerveux sont de pathogénie complexe, mais certains d'entre eux semblent être la conséquence de la bradycardie et rentrer dans le cadre du syndrome d'Adams-Stokes.

Si la bradycardie paraît indubitablement la conséquence de l'affection intestinale, il est plus difficile d'en préciser le mécanisme. Parfois, il s'agit d'un réflexe et l'excitation manuelle de la région appendiculaire déclanche un paroxysme bradycardique. Ce mécanisme n'exclut d'ailleurs pas la possibilité d'un facteur toxique. D'autre part, toute bradycardie accompagnant des troubles digestifs n'est pas nécessairement d'origine digestive et, en tout cas, le terrain, particulièrement l'état nerveux vagotonique, agit simultanément avec le facteur digestif.

Le traitement doit s'adresser à la fois au tube digestif et au système nerveux.

Robert Clément.

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

Gautier (Maison-Carrée) ***Observations de tétanos ombilical à Maison-Carrée et recherches statistiques sur la mortalité des nouveau-nés en Algérie*** (*L'Algérie Médicale*, t. XXXVII, n° 65, Mai 1933). — Le nombre des décès des enfants indigènes pendant les 20 jours qui suivent leur naissance est extrêmement élevé. G. pense que le tétanos ombilical joue un grand rôle dans cette mortalité. Il a observé 40 cas de tétanos ombilical depuis 1921. La proportion des tétaniques parmi les nouveau-nés indigènes morts entre 5 et 20 jours en 1931 et 1932 a été de 100 pour 100 pour les mois de Janvier, Février et Mars. Tous ces tétaniques ont eu des contractures généralisées et du trismus, la plupart étaient de beaux enfants qui ne présentaient aucun signe de maladie jusqu'au 5e jour. La courbe mensuelle de mortalité des petits Européens n'est pas du tout symétrique à celle des indigènes, un facteur fait sentir son action pendant les mois d'hiver, augmentant le taux des décès des indigènes. Pendant l'hiver, les animaux domestiques sont mis à l'abri à l'intérieur des gourbis, y semant leurs déjections et y répandant probablement de nombreux bacilles de Nicolaïer. La femme indigène accouche accroupie à même le sol ou sur une peau de mouton, la femme qui l'aide est accroupie aussi et se salit les mains par terre. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que la plaie du cordon ombilical, faite avec un couteau servant à tous les usages et affûté sur la pierre du seuil, soit infectée par le bacille du tétanos. L'été, au contraire, les animaux vivent au dehors, le sol est sec et le soleil détruit la plupart des bacilles qui passent probablement à l'état de spores. La pluie intervient en facilitant la multiplication du bacille de Nicolaïer dans le sol, mais le bacille habite en temps ordinaire l'intestin des herbivores et le tétanos n'existe pas si ces animaux manquent.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès. ***L'épreuve de la vitesse de sédimentation spontanée des hématies. Les techniques; nécessité de les uniformiser*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. LIV, n° 21, 21 Mai 1933). — Après avoir rappelé les diverses techniques proposées pour rechercher la vitesse de sédimentation des hématies dans le sang rendu incoagulable, S. attire l'attention sur la diversité des procédés et sur l'utilité d'aboutir à une entente sur la solution anticoagulante à adopter.

Il propose une solution de citrate de soude, rigoureusement isotonique, c'est-à-dire à 24 gr. 44 de citrate de soude par litre, qu'il préfère au sulfarsénol qui s'écarte par trop des conditions physiologiques, au fluorure de sodium et à l'oxalate de potasse.

2/10 de cmc de la solution citratée sont mélangés dans la seringue au moment du prélèvement, rigoureusement mais sans agitation, avec 8/10 de cmc du sang à examiner. L'épreuve de sédimentation sera pratiquée le plus tôt possible après la récolte.

Le calibre des tubes à sédimentation importe aussi beaucoup; or, il varie de 1 mm. à 1 cm. Les tubes capillaires ne conviennent pas, des actions physico-chimiques peuvent fausser les résultats; les tubes trop larges donnent des niveaux de lecture malaisée. Le diamètre de 2 mm. 5 paraît le meilleur; encore faut-il que le tube soit rigoureusement calibré et gradué, nettoyé, passé à l'eau distillée neutre et soigneusement desséché avant l'usage.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Phénomènes météoriques et dermatoses. Prurit et « vent du midi » par Lacassagne (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 321, 20 Mai 1933). — Les troubles pathologiques qu'on peut actuellement rattacher avec une quasi-certitude à une cause météorologique précise sont rares. Dans la région lyonnaise, les plus grandes perturbations atmosphériques sont le fait du vent qui remonte la vallée du Rhône et qui est connu sous le nom de « vent du midi ». Ce vent a une influence fâcheuse chez bon nombre de malades atteints d'affections dermatologiques prurigineuses. Le méfait le plus ordinairement constaté est l'augmentation du prurit. Le prurit augmente d'intensité dès que le vent du midi se lève, il persiste pendant toute la durée et atteint son paroxysme pendant la nuit. Les femmes sont plus sensibles que les hommes à cette action météorologique.

L'augmentation du prurit a été observée chez des sujets atteints d'eczéma, de lichen plan, de prurigo, de prurit anal et de prurit vulvaire. Chez les eczémateux, l'apparition ou l'augmentation du suintement séreux est quelquefois sous la dépendance du vent du midi. A ce moment, certains éry-

thèmes prennent une teinte rouge plus foncée. Chez un malade hospitalisé depuis de longs mois « pour une herpétide maligne consécutive à un psoriasis intempestivement traité », le vent du midi exacerbait le prurit, augmentait les malaises généraux : l'agitation était plus marquée, la soif plus vive.

On connaît l'influence heureuse du changement d'air chez certains eczémateux et chez des urticariens. Actuellement, l'empirisme surtout guide le dermatologiste; on peut espérer que la connaissance approfondie de l'action des phénomènes météorologiques permettra de diriger la thérapeutique de certaines dermatoses de façon plus scientifique.

Robert Clément.

Ch. Roubier et **P. Vernus**. ***La terminaison du pneumothorax artificiel. Séquelles et résultats éloignés du pneumothorax interrompu*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 322, 5 Juin 1933). — Ce travail est le résumé de la thèse de Vernus, qui envisage, en se basant sur une statistique de 59 cas, les diverses modalités de la terminaison du pneumothorax artificiel et les séquelles cliniques et radiologiques qu'il laisse à sa suite après interruption.

Le pneumothorax volontairement abandonné par le malade contre l'avis de son médecin, quelques mois ou un an après son début, aboutit à un résultat fâcheux. Sur 4 malades ayant ainsi arrêté de propos délibéré la réinsufflation de leur pneumothorax, 2 sont décédés 2 ans après l'interruption des insufflations, 1 autre 6 ans après, le 4e, encore vivant, présente un état général médiocre 4 ans plus tard.

Le pneumothorax a été rarement interrompu par le médecin, soit que le retour à la santé paraisse complet, soit en raison d'une intolérance pleurale tardive; après un an d'état satisfaisant, il y eut récidive, bilatéralisation et mort.

Parfois on est forcé d'interrompre le pneumothorax en raison de la constitution d'une symphyse pleurale, soit consécutive à une pleurésie (44 pour 100), soit développée progressivement et lentement sans épanchement (42 pour 100), soit rapidement à la suite d'une réexpansion pulmonaire rapide avec accolement du poumon à la paroi. Il persiste des modifications anatomo-pathologiques qui se traduisent au point de vue clinique par la rétraction thoracique, la diminution de l'ampliation respiratoire et, dans 2 cas, par l'atrophie de la glande mammaire du côté malade. Le murmure vésiculaire est tantôt normal, tantôt remplacé par un souffle expiratoire; dans les cas favorables, il n'y a plus de bruits adventices, mais même lorsque le résultat est très satisfaisant, on peut encore entendre de nombreux râles sous-crépitants ou bruissements inspiratoires, particulièrement à la base. Radiologiquement, on constate la rétraction du thorax, le déplacement du cœur et du médiastin, l'immobilité respiratoire et souvent des ombres anormales, particulièrement une image de pachypleurite axillaire.

Dans l'ensemble, les résultats éloignés de 59 cas de pneumothorax terminé ont été : très satisfaisants dans 24 cas, satisfaisants dans 17 cas, médiocres ou nuls et décès dans 18 cas. Dans tous les pneumothorax qui ont eu une durée de plus de 3 ans, le résultat a été satisfaisant. R. et V. pensent qu'il est préférable, excepté dans certains cas d'intolérance pleurale tardive très prononcée, de poursuivre les insufflations tant que la chose est possible, tout en les espaçant convenablement au bout de quelques années. On n'est jamais certain de la guérison anatomique complète du poumon collabé; il faut laisser à la plèvre elle-même le soin de décider de la terminaison du traitement.

Robert Clément.

L. Bériel. ***Les indications du traitement chirurgical dans les tumeurs cérébrales*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 323, 20 Juin 1933). — En présence d'une tumeur cérébrale primitive, il faut envisager pour elle un traitement chirurgical, bien que celui-ci soit encore extrêmement grave et aléatoire.

L'abstention doit être considérée comme exceptionnelle et basée sur la présomption d'une tumeur trop volumineuse, ou très mal située, ou lorsque l'état général est immédiatement grave.

Une opération partielle simplement palliative est indiquée lorsqu'on a affaire à une tumeur mal située, inopérable par son siège ou par son volume ou même lorsque la localisation est favorable, s'il s'agit de tumeur diffuse faisant corps avec le tissu nerveux comme un gliome; il est préférable alors de se limiter à une large trépanation.

Toutes les fois qu'on pourra faire le diagnostic d'une tumeur limitée, clivable, accessible, une intervention complète en vue de l'extraction est indiquée. La ventriculographie constitue un progrès important pour le diagnostic de localisation. C'est une méthode délicate et dangereuse qui doit être considérée comme une première intervention chirurgicale et être pratiquée avec toutes les précautions usuelles. Elle devra toujours être suivie de radiographies de préférence stéréoscopiques aussi nombreuses qu'il sera nécessaire, qui demandent souvent une étude longue et délicate.

Les interventions partielles aboutissent à une survie se chiffrant par plusieurs semaines, qui n'est pas négligeable. La guérison après extirpation radicale est parfois obtenue, cependant les complications opératoires mortelles sont encore fréquentes et les récidives se produisent dans 3 à 4 pour 100 des cas heureusement opérés et apparemment guéris.

Robert Clément.

LYON CHIRURGICAL
(Paris)

Mme C. Clavel, C. Clavel et **I. Gellie**. ***Bactériologie des épanchements péritonéaux des ulcères gastro-duodénaux perforés*** (*Lyon Chirurgical*, t. XXX, n° 3, Mai-Juin 1933). — Après avoir rappelé le court historique de ces recherches bactériologiques qui, en France, commence en 1920, les auteurs donnent leurs observations de malades atteints de perforations gastro-duodénales opérés à l'infirmerie de la porte de l'Hôtel-Dieu, admis ensuite à la clinique chirurgicale du professeur Tixier. Ces ulcères perforés, tous opérés par le même chirurgien, tous examinés par la même bactériologiste, sont au nombre de 15, répartis en deux groupes suivant le résultat de l'examen du liquide recueilli, soit directement au niveau de la perforation, soit dans l'étage sus-méso-colique, soit dans la cavité de Douglas par le drain sus-pubien.

Le premier groupe comprend 7 cas (plus 2 autres ultérieurs) dont l'épanchement fut reconnu amicrobien à l'examen direct ou après culture. Une seule mort, au 5e jour, par broncho-pneumonie double, attribuée au transport du malade dans un autre service : absence de péritonite ayant été vérifiée à l'autopsie.

Le second groupe comprend 8 cas avec épanchement où l'examen direct et la culture indiquèrent la présence : 6 fois de streptocoque, 1 fois de streptocoque hémolytique, 1 fois de colibacille. 4 morts, 2 par péritonite, 2 par complications pulmonaires.

La technique de ces examens bactériologiques est donnée; nous y relevons les difficultés de l'examen direct qui n'a de valeur que dans les cas où il est positif. Ces cas sont au nombre de 3 : le premier avec polynucléaires et cocci isolés, opéré à la 11e heure, a guéri; les 2 autres, avec streptocoque et coli et streptocoque hémolytique, opérés à la 30e et à la 26e heure, sont morts.

Dans leurs conclusions, les auteurs indiquent que l'examen direct, lorsqu'il est positif, éveille l'attention sur la probabilité de complications post-opératoires, et sert aux indications du drainage.

Ils reconnaissent que le délai de 2 à 3 jours, nécessaire aux cultures, a déjà permis aux opérés de faire cliniquement la preuve de la gravité de leur infection, mais ils espèrent que la nature de cette infection connue, il sera possible, par la sérothérapie, de s'opposer aux suppurations secondaires.

Le côté bactériologique est seul envisagé dans ce mémoire, mais il nous paraît intéressant de signaler que les 17 perforations furent 15 fois pyloriques et duodénales, 2 fois gastriques et que toutes furent traitées par la suture avec gastro-entérostomie, sans aucun cas de résection.

P. Grisel.

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
(Marseille)

E. Pekelis (Florence). ***Contribution expérimentale à l'étude de l'action favorable du tubage duodénal sur l'évolution de l'urémie vraie*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. II, n° 2, 1933). — Sur des chiens néphrectomisés, porteurs de fistules jéjunale, biliaire ou gastrique, s'accompagnant d'interruption du pylore dans le cas de fistule gastrique, d'interruption du cholédoque dans celui de fistule vésiculaire, de l'interruption de l'intestin au-dessous de la fistule dans le cas de fistule jéjunale, P. s'est livré à une série d'expériences. Le dosage de l'azote résiduel, de l'azote ammoniacal, de l'azote aminé, de la créatinine, de l'urée, de l'indican et des phénols a montré que, dans le suc gastrique, le taux de ces substances reste nettement au-dessous de celui du sang, tandis que dans la bile et dans le liquide duodénal ce taux est à peu près égal et parfois supérieur à celui du sang. Si le passage des produits de rétention dans ces sucs digestifs ne peut être considéré comme un processus de vicariance, l'élimination par cette voie de ces produits toxiques peut être cependant considérable. L'action bienfaisante de cette élimination est démontrée par l'absence de lésions gastro-entéritiques chez les animaux, par les chiffres de concentration toxique du sang plus bas que ceux des témoins et surtout par la survie plus prolongée des animaux par rapport à la survie moyenne des témoins (néphrectomisés sans fistules).

On peut considérer l'évacuation duodénale par tubage comme un traitement complémentaire efficace non seulement dans les cas d'anurie, d'oligurie réflexes ou aiguës, mais aussi dans les cas de rétention chronique urémique. Il ne faut pas limiter le tubage à 24 heures par semaine; son rendement et son efficacité seront augmentés par l'administration de cholagogue et de cholérétique énergique et par l'introduction parentérale prudente de grandes quantités d'eau.

Robert Clément.

Roger, Poursines et **Recordier** (Marseille). ***A propos des réactions méningées mélitococciques. Un nouveau cas de méningo-radiculo-myélite avec spasmes vasculaires cérébraux*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. II, n° 2, 1933). — Un homme d'une cinquantaine d'années, habitant un village des Basses-Alpes et ayant lui-même quelques chèvres dont une avait avorté récemment, a fait une mélitococcie typique de 2 mois de durée. 3 ou 4 mois après, il a commencé à souffrir de douleurs lombaires, 5 à 6 mois plus tard d'asthénie considérable, 8 à 10 mois après de vertiges, de céphalées vives avec vomissements bilieux et diplopie intermittente, de dysurie et d'impuissance génitale. Un an après le début de

LE NOUVEAU
LIT-MÉCANIQUE-DUPONT

MODÈLE MÉTALLIQUE PERFECTIONNÉ



1° évite tout mouvement . . . . . . { Phlébite, fracture. Rhumatisme articulaire aigu. Péritonite. Grandes hémorragies, etc.

2° permet de passer le bassin. . . { Paralysie, apoplexie. Fièvres adynamiques. Méningite, etc.

3° facilite . . { **les pansements** . . { Opérés. Brûlures graves. Escarres, etc.
l'application des appareils plâtrés.
l'examen des régions postérieures.

SERVICE DE LOCATION : DANTON 05-61 et 05-62

La Maison DUPONT

10, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS (VIe)

FABRIQUE SUR ORDONNANCES MÉDICALES

TOUS LES MEUBLES ET APPAREILS POUR MALADES ET BLESSÉS

LITS - FAUTEUILS - VOITURES

ORTHOPÉDIE ET PROTHÈSE — CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES
BANDAGES ET CEINTURES — BAS A VARICES

MOBILIER MÉDICAL ET CHIRURGICAL

Envoi du catalogue général et des conditions médicales sur demande adressée à : Maison DUPONT (Service A), 10, rue Hautefeuille, PARIS (VIe)



AMPUTATION AU-DESSUS DU GENOU — CORSET pour SCOLIOSE — AMPUTATION AU-DESSOUS DU GENOU

Succursale à LYON : 6, Place Bellecour

la maladie, en raison des vomissements et des douleurs sous-hépatiques, on lui enlève sa vésicule; 5 jours après l'opération, il présente un épisode fébrile avec hémiparésie droite et aphasie de 36 heures de durée. Une paraplégie flasque s'étendant aux muscles lombaires, prédominant à droite avec signe de Babinski de ce côté, s'installe en quelques semaines, coexistant avec une intense réaction méningée cyto-albumineuse (liquide xanthochromique, 140 lymphocytes, 3 gr. 80 d'albumine).

R., P. et R. attribuent ces symptômes à une réticulo-névrite mélitococcique avec réaction médullaire et méningée. La céphalée avec vomissements et diplopie correspondrait à l'atteinte primitive des méninges craniennes et l'épisode transitoire d'hémiparésie droite avec aphasie relèverait d'un spasme vasculaire sylvien particulier à la méningite mélitococcique.

Comme il est de règle en pareil cas, l'évolution de l'épisode cérébral est survenue plusieurs mois après l'infection générale à type sudoral.

Robert Clément.

ZENTRALBLATT FUR INNERE MEDIZIN (Leipzig)

H. Ulrici. ***Diagnostic et pronostic des cavernes pulmonaires*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LIV, n° 12, 25 Mars 1933). — Les signes physiques des cavernes décrits dans les traités classiques (signes de Gerhardt, de Wintrich, de Friedreich) ont été relégués à l'arrière-plan par la radiologie. Parmi ces signes il faut retenir surtout le tympanisme, le souffle amphorique, la respiration bronchique et les râles à grosses bulles à timbre métallique. U. attire l'attention sur quelques signes de valeur encore insuffisamment connus: un bruit musical très analogue aux sibilances de la bronchite, mais s'en distinguant parce qu'il s'entend isolément à la fin de l'inspiration et qu'il n'est perçu qu'au niveau de la caverne; un bruit de cuir neuf, semblable à celui de la pachypleurite siégeant au niveau de la caverne, ne se rencontrant guère que dans les grosses cavernes des vieux phtisiques scléreux; enfin, le souffle aspiratif se produisant à la fin de l'inspiration et dû à ce qu'une bronche plus ou moins obturée devient libre seulement à ce moment, permettant l'entrée de l'air dans la caverne. Il n'en reste pas moins que de nombreuses cavernes, cavernules récentes, grosses cavernes profondément situées, restent muettes.

La présence de bacilles est un précieux indice de l'existence de cavernes. Avec une technique radiologique perfectionnée, U. a pu dépister des cavernes chez 85 pour 100 des cracheurs de bacilles. Mais il ne faut pas oublier que la bacilloscopie négative n'exclut pas le diagnostic de caverne (cavernes à sécrétions très peu abondantes ou très peu riches en bacilles). Les crachats nummulaires sont presque pathognomoniques. Une quantité de crachats supérieure à quelques centimètres cubes par jour doit faire penser à la possibilité d'une caverne. Des hémoptysies importantes chez un tuberculeux ont presque toujours pour origine une caverne.

L'examen radiologique est indispensable pour fixer le diagnostic — sans lui on passerait à côté de la moitié des cavernes — et pour localiser les lésions, point capital pour la collapsothérapie qui est la thérapeutique de choix. Les ombres annulaires doivent être considérées aujourd'hui comme traduisant pour ainsi dire toujours une caverne; l'existence d'un niveau liquide à leur intérieur est un signe d'appoint important pour le diagnostic de caverne. De même, les plaques claires homogènes dans la zone malade doivent être dans la règle considérées comme des cavernes. La radiographie après pneumothorax artificiel permet souvent de préciser le diagnostic de caverne en cas de constatations douteuses. La radiostéréoscopie rend des services pour situer les ombres annulaires apparemment périhilaires.

Le pronostic est très grave quand un traitement systématique n'est pas mis en œuvre à temps, 80 pour 100 des cavitaires succombent alors en 3 à 4 ans par extension de la caverne, ensemencement du poumon opposé du fait de l'aspiration des produits de la caverne ou par hémorragie. La guérison spontanée des cavernes reste un fait exceptionnel. Au contraire, une collapsothérapie précoce et bien conduite a donné à U. 70 pour 100 de guérisons dans les cavernes récentes.

P.-L. Marie.

H. Spaeth. ***Le syndrome hypoglycémique*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LIV, n° 14, 8 Avril 1933). — Le syndrome hypoglycémique dû à l'hyperinsulinémie comprend 3 catégories de manifestations qui souvent s'enchaînent par des transitions insensibles. Les unes portent sur le système nerveux végétatif : trémulation, pâleur du visage, palpitations, angoisse précordiale, sensation de faim plus ou moins aiguë et même boulimie, dépression, parfois syncope vaso-motrice; plus rarement besoin d'uriner et de déféquer, salivation, extrasystoles. Les secondes portent sur le système nerveux central et se rencontrent presque exclusivement chez les malades déjà soumis à une cure d'insuline; elles apparaissent 2 à 4 heures après la dernière injection et succèdent souvent aux symptômes végétatifs. Ce sont la diplopie, les scintillations, la fixité du regard, de l'amblyopie, la cessation des mouvements, l'apathie, l'adynamie, l'embarras de la parole, enfin la perte de la conscience et le choc hypoglycémique si voisin du coma diabétique, avec sa respiration accélérée, mais non profonde, son pouls mou et rapide, sa disparition des réflexes rotuliens, son signe de Babinski, son hypotonie oculaire, sa pâleur, son hypothermie; il peut se produire des convulsions localisées ou généralisées, parfois de type jacksonien, des vomissements, des vertiges, des paralysies ou des parésies, des paresthésies diverses, de la céphalalgie. La troisième catégorie d'accidents est d'ordre psychique: très polymorphes, ils vont de simples troubles partiels de la mémoire ou de l'attention jusqu'à la désorientation la plus complète et à la confusion mentale la plus accusée, en passant par la négativation, l'apraxie, les troubles de l'affectivité, le rire et les pleurs spasmodiques, le délire maniaque, etc. Abandonnés à eux-mêmes, ces accidents durent plusieurs heures et sont souvent suivis d'amnésie dans les cas sérieux.

Sur les 264 diabétiques soumis à l'insuline observés par S., il y eut 116 cas de troubles hypoglycémiques; dans 36 pour 100 des cas, il s'est agi de troubles végétatifs, dans 21 pour 100 de manifestations nerveuses centrales, dans 6 pour 100 de troubles psychiques; dans les autres cas, de troubles mixtes. Le hommes y sont plus sujets que les femmes et plus prédisposés aux manifestations psychiques. Lors des récidives, c'est habituellement le même type d'accidents qui réapparaît. La durée du traitement insulinique n'a pas d'influence sur la gravité et sur la durée des accidents.

Quant à la pathogénie des troubles observés, S. estime que les grosses doses d'insuline agissent en faisant disparaître le tonus des capillaires, d'où écoulement du sang plus rapide et diminution des échanges gazeux, entraînant une augmentation du volume-minute, un abaissement de la pression diastolique et de la tachycardie. S. combat l'opinion de Kugelmann qui refuse d'attribuer les troubles végétatifs à un effet insulinique direct et croit qu'il s'agit d'un effet adrénalinique typique dû à l'élimination excessive d'adrénaline destinée à contrebalancer l'action de l'insuline. Le mécanisme intime de la réaction hypoglycémique est loin d'être encore éclairci. L'insuline, qui a une action vagotonique puissante, influence par suite le métabolisme dans le sens de l'alcalinité, troublant ainsi l'équilibre ionique des centres nerveux et déterminant peut-être en même temps de l'œdème cérébral localisé. De plus, sous l'action de l'insuline, prennent naissance des produits toxiques de la dégradation du glycose, en particulier du méthylglyoxal qui occasionne des troubles analogues à ceux de la crise hypoglycémique.

Le déclanchement des accidents est dû soit à une posologie défectueuse, soit le plus souvent à la négligence des malades à s'alimenter, soit au surmenage musculaire entraînant une consommation excessive du glycose.

Le pronostic est habituellement bénin, cependant les crises graves mettent l'appareil cardiovasculaire à rude épreuve.

Le diagnostic différentiel avec le coma diabétique est parfois délicat, nécessitant le dosage du sucre sanguin.

Thérapeutiquement de petites doses de sucre (chocolat, jus d'orange sucré, etc.) suffisent le plus souvent à supprimer presque instantanément les troubles; dans les cas graves on aura recours aux injections intraveineuses de glycose à 10 pour 100. L'adrénaline et l'éphédrine peuvent rendre service. Pour combattre la tendance aux réactions hypoglycémiques, le luminal, les bromures, et surtout l'opium (V gouttes de teinture 3 fois par jour) sont de mise; la farine d'avoine (15 à 25 gr.), au petit déjeuner, se montre utile.

P.-L. Marie

B. Lévy. ***La capacité vitale des poumons chez les gens âgés*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LIV, n° 18, 6 Mai 1933). — La capacité vitale moyenne est en général de 3.000 à 4.000 cmc chez l'homme adulte et de 2.000 à 3.000 cmc chez la femme. On n'a guère de précisions sur la capacité vitale des gens âgés. Aussi L. l'a-t-il déterminée chez 181 sujets ayant dépassé 60 ans, indemnes de symptômes pathologiques. Elle s'est montrée bien plus petite que chez les sujets jeunes ou d'âge moyen. Elle baisse à mesure que l'âge augmente, diminuant en moyenne d'environ 630 cmc chez les hommes de 60 à 94 ans, et de 525 cmc chez les femmes de 60 à 92 ans. La capacité vitale de ces dernières est d'environ 1.000 cmc plus petite que celle des hommes. Comme chez les adultes, la capacité vitale augmente avec la taille de l'individu, tandis qu'il n'y a pas de rapport bien défini entre le poids et la capacité vitale.

P.-L. Marie.

H. Kürten. ***La forme tardive et la forme précoce de l'hypertension essentielle à la lumière de la doctrine de l'hérédité humaine*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LIV, n° 18, 6 Mai 1933). — D'après K., il importe d'examiner l'hypertension essentielle du point de vue de l'hérédité, car celle-ci joue un rôle de premier plan dans la genèse de cette affection et il semble bien que l'on puisse arriver à combattre la multiplication effrayante actuelle de la maladie hypertensive par un choix judicieux des géniteurs.

D'une part, K. relate l'histoire instructive de deux jumeaux uni-ovulaires, âgés aujourd'hui de 81 ans et très alertes, atteints tous les deux en même temps de troubles gastriques semblables vers 30 ans et de cataracte à 76 ans, c'est-à-dire présentant une identité complète des dispositions héréditaires, et qui, malgré les dissemblances de leur existence, ont à 81 ans la même pression artérielle absolument normale et le même radiogramme cardio-aortique, ce qui montre que l'absence de prédisposition héréditaire met à l'abri de la maladie hypertensive, en dépit des facteurs (âge, circonstances extérieures de la vie, etc.) considérés classiquement comme capitaux.

En regard, K. publie des arbres généalogiques établissant la fréquence extraordinaire de l'hypertension, de l'artériosclérose et des affections de l'endocarde dans certaines familles, ces états pathologiques se manifestant de plus en plus précocement (anticipation) à mesure que la tare héréditaire s'accentue. Dans la plupart des cas d'hypertension il s'agit d'un processus héréditaire dominant comme l'indiquent les observations de K.

Il faut donc cesser de considérer l'hypertension essentielle comme une maladie de vieillesse; c'est avant tout une maladie d'hérédité dont la date d'apparition semble surtout liée à la proportion de la tare héréditaire, ainsi qu'elle se manifeste dans l'hérédité similaire (homozygotie) et dans l'accumulation des cas dans la série ancestrale.

P.-L. Marie.

ZENTRALBLATT für GYNAKOLOGIE
(Leipzig)

Edmund Waldstein (Vienne). ***Prophylaxie de l'éclampsie puerpérale*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVII, nº 9, 4 Mars 1933). — L'étude des statistiques conduit au chiffre moyen de 20 pour 100 d'accidents éclamptiques pendant les couches avec une mortalité de 4 pour 100. Dès 1927, W. a conseillé pour lutter contre la mortalité:

1º De provoquer l'accouchement chez les pré-éclamptiques graves. W. a remarqué que cette pratique diminue la fréquence des crises d'éclampsie.

2º De rechercher systématiquement les signes pré-éclamptiques. Sur 10.737 femmes, W. a trouvé ces signes dans 471 cas. 86 femmes chez qui les signes pré-éclamptiques étaient des plus accusés furent accouchées au forceps sans attendre la fin de la période d'expulsion. On n'observa aucun cas d'éclampsie puerpérale. Par contre, 5 femmes présentant des signes pré-éclamptiques et qui accouchèrent spontanément eurent des accidents d'éclampsie puerpérale.

Les résultats de W. sont remarquables puisqu'il n'a perdu sur 117 cas aucune femme et que tous les enfants accouchés au forceps ont vécu.

Desmarest.

A. Eyding (Essen-Steele). ***Diabète et grossesse*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVII, nº 9, 4 Mars 1933). — E. rapporte trois cas de grossesse chez des femmes diabétiques. Ces diabètes d'ailleurs récents dans leur apparition étaient tous trois assez bénins.

L'une des femmes âgée de 39 ans est enceinte 18 ans après son premier enfant, alors que sont apparus, 3 mois avant le début de la grossesse, les signes cliniques du diabète: polydypsie, prurit, polyurie, amaigrissement en 3 mois de 18 livres, mais l'urine ne contient que 0,4 pour 100 de glycose et la glycémie est à 0,120 pour 100. La deuxième moitié de la grossesse est marquée par une régression des symptômes. Le régime supprima la glycosurie et l'acétonurie. On pratiqua sous anesthésie à l'éther une opération césarienne après avoir donné à la parturiente d'une part 20 unités d'insuline et d'autre part 25 cmc de sérum glucosé à 25 pour 100 par voie intraveineuse.

Aussitôt après l'opération, la femme reçut les mêmes doses d'insuline et de sérum glucosé, puis deux fois par jour 10 unités d'insuline. L'enfant est bien vivant, mais la mère reste une diabétique avec une glycémie de 0,189 pour 100 avec glycosurie faible, sans acétonurie.

Dans le deuxième cas, bien que la glycémie et la glycosurie ne fussent pas très élevées, la grossesse fut interrompue au troisième mois parce que la malade très adipeuse (113 kilogr.) avait une tension artérielle à 17-10 1/2 qui faisait craindre à E. l'apparition d'un coma diabétique. 8 mois après l'avortement, la femme ne présentait plus ni sucre, ni albumine. La glycosurie était de 0,120 pour 100.

La troisième femme, bien que cyphotique et gibbeuse, avait eu entre 1922 et 1929 trois accouchements normaux. Enceinte de six mois, elle présente une glycosurie de 15 gr., de l'acétonurie et une glycémie à 0,076.

Traité par le régime et par l'insuline, le diabète n'empêche pas le développement normal de la grossesse. L'acétonurie disparaît, le sucre oscille entre 2 et 25 gr., glycémie de 0,060 à 0,086 pour 100.

En 4 heures, la femme met au monde un enfant normal dont la glycémie est à la naissance de 0,054 pour 100.

L'accouchement ne paraît avoir eu aucun effet sur le diabète, d'ailleurs léger, que présentait cette malade.

Desmarest.

ZEITSCHRIFT FUR TUBERKULOSE
(Leipzig)

Lass. ***Aptitude réactionnelle de la peau des tuberculeux à l'iode et à l'histamine*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVII, nº 5, 1933). — Ainsi qu'il ressort des recherches de L., qu'illustrent des tableaux et des courbes, les tuberculeux présentent une susceptibilité cutanée spéciale vis-à-vis de l'injection intra-dermique d'une solution d'iode et d'histamine, se traduisant par une papule volumineuse et rouge, rarement observée chez les sujets sains ; il semble que chez les malades très atteints, la réaction à l'histamine soit plus importante que celle à l'iode, alors que le contraire est observé dans les lésions récentes ou d'évolution favorable. Peut-être peut-on expliquer ce parallélisme entre la réaction cutanée et l'état inflammatoire du poumon par la commune innervation des 2 organes par le grand système neuro-végétatif. Il y aurait donc d'après L. certaines conclusions d'ordre pronostique à tirer de cette épreuve.

G. Basch.

Kenner, Weisz et **Pesek.** ***Deux cas d'ascension exceptionnelle du diaphragme après phrénicectomie*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVII, nº 5, 1933). — La phrénicectomie donne lieu d'habitude à une ascension de l'hémidiaphragme de deux à quatre travers de doigts par comparaison avec l'hémidiaphragme opposé. Dans certains cas, cette ascension est beaucoup plus importante, entraînant une compression des organes thoraciques, particulièrement du cœur, par les organes abdominaux, donnant ainsi lieu en somme au tableau de la hernie diaphragmatique. K., W. et P. rapportent deux observations de ce genre : dans le premier cas ils attribuent la complication à la sclérose du poumon droit et à l'augmentation de la pression intra-abdominale du patient par météorisme et constipation chronique. Dans le deuxième cas survint une colite ulcéreuse, puis une péritonite qui amena la mort.

Le traitement d'une semblable complication est particulièrement malaisé : dans le cas 2, K., W. et P. ont tenté un pneumo-péritoine qui resta sans effet.

G. Basch.

JOURNAL DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE
(Bruxelles)

A. Leroy. ***La phényléthylmalonylurée, médicament de choix des états mélancoliques*** (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, nº 2, Février 1933). — Le luminal ou gardénal avait été déjà employé par divers auteurs avec de bons résultats dans les états anxieux. L. l'a essayé dans les divers états mélancoliques avec des résultats non moins favorables. Il rapporte 8 observations où l'on observa dès le début du traitement une atténuation de l'anxiété ou de la stupeur, et une diminution de l'excitation assez rapide et assez prononcée pour permettre aux malades de s'occuper.

L'amélioration cesse lorsqu'on cesse le médicament trop tôt. La valeur thérapeutique de la phényléthylmalonylurée est assez variable toutefois suivant les cas. Si certains malades en bénéficient largement, d'autres, au contraire, ne sont que peu améliorés.

L. rappelle les accidents aigus ou chroniques dus au gardénal. Il insiste également sur le fait que certains malades ont guéri au cours de crises durant depuis 4, 6 et 7 ans.

Pour terminer, L. signale que la même médication ne lui a pas donné de résultats appréciables dans les affections mentales avec excitation, telles que la manie ou la démence précoce.

H. Schaeffer.

LA MEDICINA IBERA
(Madrid)

A. Collazo. ***L'acide lactique du sang chez les diabétiques*** (*La Medicina Ibera*, t. XVII, nº 806, 22 Avril 1933). — C. a mesuré la lactacidémie dans les diverses formes de diabète. Elle est normale dans le diabète simple, voisine de 15 milligr. pour 100 gr. de sang. Ce taux s'abaisse jusqu'à 7 milligr. dans le diabète acidosique, mais se relève très rapidement dès que le coma s'installe pour dépasser 20 et même 30 milligr. De même dans le diabète compliqué de troubles infectieux ou circulatoires.

La lactacidémie apporte donc un élément de pronostic fort intéressant. La loi clinique est d'ailleurs confirmée par les recherches expérimentales de C. chez le chien. Ces faits éclairent encore toute la pathogénie du diabète : le métabolisme des composés tri-carbonés semble échapper à l'insuline.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

J. Faulkner : ***Empoisonnement par la nicotine absorbée à travers les téguments*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, nº 21, 27 Mai 1933). — F. rapporte l'observation très curieuse d'un jardinier qui subit une intoxication grave consécutive à l'absorption de bouillie nicotinée par la peau des fesses; il s'était en effet mouillé son pantalon avec la bouillie en aspergeant des arbres. Une fois sorti de l'hôpital, le malheureux remet le pantalon tragique, et instantanément une nouvelle intoxication survint.

Pour vérifier la possibilité de l'absorption de la nicotine à travers les téguments, F. a entrepris des expériences sur le chat, qui montrèrent une action mortelle très rapide de la nicotine à travers la peau, alors que le sulfate de nicotine n'est pas toxique du tout par cette voie.

La possibilité d'un empoisonnement par la nicotine à la suite d'un simple contact de l'épiderme doit être connue, afin d'éviter la multiplication de ces accidents, la nicotine étant de plus en plus employée en horticulture.

R. Rivoire.

I. Bronstein. ***Etudes sur le crétinisme et l'hypothyroïdisme dans l'enfance I. La cholestérinémie*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, nº 21, 27 Mai 1933). — Il semble

établi que le taux du cholestérol sanguin soit assez régulièrement régi par l'état de la glande thyroïde: en particulier la cholestérinémie est basse dans le Basedow, elle est au contraire très forte dans l'hypothyroïdie. B. a cherché à étudier les variations de cette cholestérinémie chez les hypothyroïdiens au cours d'un traitement opothérapique, dans l'espoir d'avoir un guide plus fidèle que la mesure du métabolisme basal, difficile chez les enfants, et dont les résultats sont souvent en nette discordance avec la clinique chez ces malades.

Chez 18 enfants atteints d'insuffisance thyroïdienne nette, B. a toujours trouvé avant le traitement des chiffres très élevés de cholestérine, compris entre 277 et 782. Cette hypercholestérinémie baisse très rapidement dès qu'un traitement thyroïdien est institué, mais le retour à la normale ne s'obtient qu'avec des doses qui déterminent une élévation du métabolisme basal bien au-dessus de la normale. Il semble que la mesure si facile de la cholestérinémie soit très supérieure à l'étude du métabolisme basal comme index thérapeutique chez les hypothyroïdiens.

R. Rivoire.

B. Crohn et **J. Gerendasy** : ***L'ulcère traumatique du duodénum et de l'estomac*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 21, 27 Mai 1933). — Il est certain qu'un ulcère du duodénum ou de l'estomac peut apparaître à la suite d'un traumatisme : mais pour qu'on puisse affirmer la relation de cause à effet, il faut :

1° Que le malade n'ait eu avant l'accident aucun symptôme gastro-intestinal;

2° Que le traumatisme ait été sévère et localisé à l'épigastre;

3° Les symptômes doivent être apparus immédiatement après l'accident; et ils doivent ultérieurement donner les signes cliniques et radiologiques de l'ulcère vrai.

Même avec ces conditions draconiennes, il existe dans la littérature de nombreuses observations indiscutables d'ulcère traumatique, plusieurs confirmées par l'intervention ou la nécropsie. C'est là un problème médico-légal de grande importance, car le médecin expert a tendance à nier la possibilité d'une telle complication. D'autre part l'existence d'ulcères traumatiques permet d'émettre l'hypothèse d'une origine traumatique pour la plupart des ulcères, ce traumatisme ayant pu être léger et passer inaperçu. R. Rivoire.

L. Erickren et **L. Rigler**. ***La visualisation radiologique du foie et de la rate à l'aide de solution colloïdale de bioxyde de thorium : avec référence particulière au diagnostic préopératoire des métastases cancéreuses du foie*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 22, 3 Juin 1933). — En 1929, Radt proposa de rendre visible aux rayons X le foie et la rate en injectant dans les veines une solution colloïdale de bioxyde de thorium. Les particules de cette solution sont en effet absorbées par les cellules réticulo-endothéliales de ces organes, dont les détails et les contours deviennent visibles à l'écran. Cette solution se trouve dans le commerce sous le nom de « Thorotrast ». Depuis cette époque, l'hépatoliénographie a fait l'objet de nombreuses expériences, particulièrement en Amérique et en Allemagne, et il semble que cette méthode soit exempte de danger : mais il est encore impossible d'affirmer son innocuité absolue, car le thorium est un élément radioactif qui peut peut-être déterminer des accidents très tardifs. Nous ne savons pas encore en effet en combien de temps s'effectue l'élimination de cette substance, mais sans aucun doute, cette élimination est extrêmement lente.

Malgré cette incertitude, les auteurs ont pensé qu'il était légitime d'employer la méthode pour le diagnostic préopératoire des métastases cancéreuses hépatiques au cours des néoplasmes digestifs : il s'agit, en effet, de sujets âgés, porteurs d'une affection très grave, pour lesquels le risque supplémentaire de l'hépatoliénographie est négligeable. Cette épreuve a été pratiquée par l'auteur dans 80 cas de cancers digestifs, et la présence ou l'absence de métastases a été confirmée dans tous les cas, sauf un, par l'intervention ou l'autopsie. Il semble que l'hépatoliénographie au thorotrast doit être pratiquée systématiquement avant l'intervention chez les sujets atteints d'un cancer gastrique ou intestinal. R. Rivoire.

W. Freeman, T. Fong et **S. Rosenberg**. ***Le traitement de la paralysie générale par la diathermie: modifications histologiques dans les cas traités*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 22, 3 Juin 1933). — Depuis 1928, la paralysie générale est traitée en Amérique par l'hyperthermie artificiellement provoquée par la diathermie. Des résultats favorables ont été publiés un peu partout, qui pour beaucoup d'auteurs se comparaient avantageusement à ceux de la malariathérapie. Voici un article dont la note est toute différente: pour les auteurs, la diathermothérapie serait une méthode inefficace et aussi dangereuse que la malaria. Au cours d'une expérience portant sur 4 ans et sur 50 paralytiques généraux, les auteurs n'ont observé aucune rémission indiscutable, mais par contre ont vu de nombreux malades mourir, soit au cours du traitement, soit pendant une crise d'état de mal épileptique, soit de cachexie paralytique. L'examen histologique du cerveau des sujets décédés pendant ou après le traitement a montré dans tous les cas des lésions en pleine évolution, au contraire de ce qu'on observe après malariathérapie. Pour les auteurs, la malariathérapie reste la méthode la plus efficace de traitement chez les P. G., et les crises thermiques que détermine la malaria ne sont pas l'élément essentiel de cette thérapeutique.

R. Rivoire.

F. L. Reichert. ***Névralgie du plexus tympanique; véritable tic douloureux de l'oreille dit névralgie du ganglion géniculé; guérison par section intracranienne du nerf glosso-pharyngien*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 22, 3 Juin 1933). — Il y a 24 ans, Clark et Taylor guérirent une malade atteinte de « tic douloureux de l'oreille » par section intracranienne du facial. A la suite de cette guérison, on admit que les fibres sensitives du facial, issues du ganglion géniculé, pouvaient être le siège d'une véritable névralgie. L'an passé, R. observa une malade exactement identique à celle de C. et T., dont les symptômes étaient superposables. Les crises douloureuses devenant extrêmement fréquentes, une intervention fut décidée. Le crâne ouvert par la voie cérébelleuse de Dandy, la malade étant sous anesthésie locale, le facial fut facilement repéré: mais des tractions douces de ce nerf ne déterminèrent pas chez le sujet la répétition de ses douleurs névralgiques. Par contre, la traction du nerf glosso-pharyngien détermina à plusieurs reprises la crise typique de névralgie auriculaire. Devant ce résultat, R. sectionna le nerf glosso-pharyngien, et immédiatement la malade s'endormit sur la table d'opération.

Depuis cette intervention, la guérison de la névralgie auriculaire est complète.

Devant ce résultat, il est certain que la théorie de C. et T. attribuant au facial la névralgie auriculaire est très contestable. Il est probable que, dans l'un et l'autre cas, il s'agissait d'une névralgie du nerf de Jacobson, donc d'une névralgie partielle du glosso-pharyngien. La guérison de la malade de C. et T. s'explique peut-être par la décompression cranienne à la suite de l'intervention.

R. Rivoire.

W. Yater, J. Lyon et **P. Mac Nabb**. ***Le block cardiaque congénital: revue générale et exposition du second cas de block complet du cœur étudié par coupes en série du système conducteur*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 23, 10 Juin 1933). — Il existe dans la littérature 44 cas indiscutables de block cardiaque congénital, mais dans 5 cas seulement l'autopsie put être faite, et dans trois cas l'étude histologique complète du faisceau de His a été pratiquée. Il semble que l'affection soit due dans la grande majorité des cas à une anomalie congénitale du faisceau de His, liée presque toujours à un hiatus de la cloison interventriculaire, associée souvent à d'autres anomalies du cœur. Les auteurs rapportent dans cet article l'observation complète d'un nouveau cas avec autopsie et étude histologique: le block était lié à un hiatus de la cloison avec disparition presque totale du faisceau de His.

R. Rivoire.

S. Weiss et **G. Robb**. ***L'asthme cardiaque (dyspnée cardiaque paroxystique) et le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche*** (*The Journal of the Americain Medical Association*, t. C, n° 23, 10 Juin 1933). — L'asthme cardiaque reste une affection mystérieuse, dont la pathogénie est inconnue. Dans le but d'élucider le mécanisme, les auteurs ont entrepris une série de mesures quantitatives complexes sur la dynamique cardio-vasculaire : débit ventriculaire, vitesse du courant veineux, tension oxygénée du sang artériel et veineux, vitesse maximum et vitesse moyenne de la circulation pulmonaire, volume du sang intrapulmonaire. Cette étude, analysée chez de nombreux malades atteints d'asthme cardiaque, a révélé une série de faits intéressants :

1° En premier lieu, il existe chez ces malades entre les crises d'un déséquilibre entre la circulation périphérique et la circulation pulmonaire, celle-ci étant d'ordinaire ralentie, alors que la grande circulation est normale; c'est donc la stase veineuse intrapulmonaire qui est l'épine irritative chez ces malades.

2° Pendant l'attaque, il se produit une recrudescence subite de la stase veineuse pulmonaire, liée certainement à une défaillance isolée du ventricule gauche: le cœur droit restant indemne, l'afflux artériel vers le poumon continue et accentue le déséquilibre circulatoire: d'où suffocation et parfois transsudation sévère alvéolaire. La crise cesse, soit par disparition de l'insuffisance ventriculaire gauche, soit par diminution de l'afflux artériel (influence de la position debout), soit enfin par apparition d'une insuffisance ventriculaire droite providentielle, qui fait cesser le déséquilibre.

De cette étude pathogénique découlent une série de conclusions thérapeutiques exposées longuement dans cet intéressant article. Enfin, il semble que le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, décrit par les cliniciens et longtemps nié, voit son existence démontrée par l'expérimentation.

R. Rivoire.

G. Harrop, A. Weinstein, L. Soffer et **Crescher**. ***Le diagnostic et le traitement de la maladie d'Addison*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 23, 10 Juin 1933). — Les auteurs, qui ont étudié particulièrement depuis quelques années la maladie d'Addison, exposent dans cet article une série de notions du plus haut intérêt: ils insistent notamment sur la discrimination qu'il faut faire dans cette maladie entre le syndrome d'insuffisance médullo-surrénale, qui est responsable des symptômes de base de la maladie (pigmentation, hypotension), et le syndrome d'insuffisance cortico-surrénale, qui rend compte des accidents paroxystiques de la maladie (crises d'asthénie, troubles digestifs, coma); alors que l'hormone cortico-surrénale est à peu près sans action

chez l'addisonien, entre les crises, elle est au contraire souveraine dans les crises paroxystiques.

Malgré les nouvelles méthodes de laboratoire (radio-métabolisme basal, examen du sang), le diagnostic de maladie d'Addison est encore très difficile à poser. Aussi faut-il insister sur la nouvelle épreuve de diagnostic que propose Harrop : on sait depuis longtemps que l'hypochlorémie est fréquente chez les addisoniens (le professeur Achard et nous-même avions, l'an passé, déjà indiqué que cette hypochlorémie pouvait, dans certains cas, rendre compte des troubles digestifs), mais Harrop a montré que cette hypochlorémie ne devient manifeste que lorsque le malade est soumis pendant quelques jours au régime déchloruré : il semble que chez les addisoniens il y ait un abaissement du seuil plasmatique du chlore; et il est possible en dosant la chlorémie, après 48 heures de régime déchloruré, de faire avec certitude le diagnostic de maladie d'Addison, si le chiffre trouvé est très au-dessous de la normale et très inférieur au chiffre trouvé avant l'institution du régime. C'est là une acquisition clinique de premier ordre, car facile à réaliser et semblant à peu près spécifique de l'insuffisance surrénale.

L'auteur a également traité les addisoniens par un régime hypersalé et par les injections intraveineuses de sérum salé hypertonique : les résultats obtenus ont été excellents. Nous rappellerons à ce sujet que le Professeur Achard et moi-même avons l'an passé publié l'observation d'une addisonienne hyperchlorémique dont les troubles digestifs et les crises d'asthénie cédaient remarquablement au régime hypersalé et aux ingestions de sérum salé hypertonique. R. Rivoire.

F. Foran, H. Sheaff et R. Trimmer. ***L'angine agranulocytaire. Son traitement par l'administration parentérale et orale d'extrait de foie : communication préliminaire*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 24, 17 Juin 1933). — F., S. et T. ont traité cinq cas d'agranulocytose par l'administration d'extrait de foie : à la période initiale, injection intraveineuse d'extrait correspondant à 100 gr. de foie (fraction G. de Cohn), toutes les 12 heures; plus tard, l'extrait était administré par la bouche.

Dans tous les cas, il y eut amélioration rapide de la formule sanguine : 4 des malades guérirent définitivement, mais le dernier mourut d'une pneumonie avec une récidive de la granulopénie.

Bien que le nombre de cas traités soit insuffisant pour une conclusion ferme, il semble que ce mode de traitement puisse avantageusement se comparer aux autres traitements de l'agranulocytose : transfusion, radiothérapie, nucléotides.

R. Rivoire.

M. Sulzberger. ***L'hormone hypophysaire « Intermédin » paraît être le principe antidiurétique actif dans le diabète insipide : communication préliminaire*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. C, n° 24, 17 Juin 1933). — L'an passé Zondek annonça l'isolement d'une hormone hypophysaire nouvelle, appelée « Intermédin », douée d'une action spécifique sur les cellules chromatophores du vairon. Mais Zondek ne put arriver à déceler le rôle de cette hormone sur l'organisme humain.

S. pensa qu'il s'agissait probablement de l'hormone antidiurétique de l'hypophyse, parce que les recherches quantitatives de Zondek avaient montré la présence de l'« intermédin » dans l'hypophyse, la tige pituitaire et le 3e ventricule, et son absence dans le reste de l'organisme : il s'agissait donc d'une hormone essentiellement neurocrine, et la probabilité était grande de l'identité de cette substance et de l'hormone antidiurétique bien connue contenue dans les extraits de lobe postérieur. Pour vérifier cette hypothèse, l'auteur fit venir de Berlin une solution aqueuse pure d'« intermédin », fabriquée dans le laboratoire de Zondek, dosée à 500 unités-phoxinus par centimètre cube, et vérifiée indemne de principe oxytocique, de principe vaso-constricteur et de Prolan.

Cette hormone fut essayée chez 2 malades atteints de diabète insipide : l'action fut immédiate et proportionnelle à la dose, 1 cmc donnant 2 heures et demie sans uriner, 2 cmc, 5 heures, 4 cmc, 14 heures. L'administration de l'intermédin en injection sous-cutanée ne détermina aucun trouble vaso-moteur, alors que l'injection d'une quantité équivalente d'extrait post-hypophysaire déterminait des troubles assez graves.

Cette découverte est d'une grande portée théorique et pratique.

1° Du point de vue théorique, elle confirme l'origine de l'hormone antidiurétique dans le lobe intermédiaire, origine souvent soupçonnée, mais jamais démontrée. D'autre part sa constatation dans la tige pituitaire et le 3e ventricule antérieurement à la reconnaissance de son action antidiurétique confirme de façon évidente la neurocrinie hypophysaire et éclaire d'un jour nouveau le problème du diabète insipide.

2° Du point de vue pratique, l'isolement à l'état de pureté de l'hormone antidiurétique permettra un traitement plus facile et plus précis du diabète insipide. R. Rivoire.

H. Lande. ***Les causes de mort non contrôlables au cours du coma diabétique*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. CI, n° 1, 1er Juillet 1933). — Les statistiques des différentes nations montrent une augmentation du chiffre des décès du fait du diabète depuis quelques années, malgré l'apparition de l'insuline. Il y a là un problème extraordinaire, encore irrésolu. Pour essayer de le résoudre partiellement, L. a étudié les cas de coma diabétique observés à l'hôpital du Mont-Sinaï, à New-York, depuis 1923, soit 82 cas.

Parmi ces 82 malades, il y eut 24 décès, soit une proportion de 30 pour 100 environ. L'étude de ces 24 observations montre que le décès n'était dû au coma diabétique lui-même que dans 10 cas : Et dans ces 10 cas, la mort était liée non pas à l'acidose, mais au collapsus cardiaque ou à l'hyperthermie.

Le collapsus cardiaque est lié certainement à la deshydratation si intense au cours du coma diabétique : il faut la combattre par l'administration de fluide en grandes quantités par injection intraveineuse; malgré cela, la mort survient souvent.

Quant à l'hyperthermie, elle est probablement d'origine cérébrale, et aboutit dans tous les cas à la mort. R. Rivoire.

H. Bockers, J. Willard et J. Bank. ***La mélanose colique; signification étiologique des laxatifs à l'anthracène : report de 41 cas*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. CI, n° 1, 1er Juillet 1933). — La pigmentation mélanique de la muqueuse colique, que l'on constate assez fréquemment à la rectoscopie, n'a jamais été expliquée de façon satisfaisante jusqu'à présent.

B., W. et B. ont émis l'hypothèse du rôle étiologique de laxatifs à base d'anthracène (cascara, émodine) dans l'origine de cette pigmentation : les dérivés de l'anthracène sont en effet capables de s'oxyder en présence de scatol ou d'indol pour donner un pigment voisin de la mélanine. Pour vérifier cette hypothèse, une enquête fut faite auprès de 41 malades atteints de mélanose colique : dans 100 pour 100 des cas, il fut démontré que ces malades, constipés chroniques, faisaient un usage régulier et prolongé de laxatifs à base d'anthracène.

L'usage des laxatifs fut alors supprimé, et après un délai de quelques mois, un nouvel examen rectoscopique montra dans presque tous les cas une disparition de la pigmentation colique.

Il semble donc que l'anthracène soit réellement la cause de la mélanose colique.

R. Rivoire.

J. Kenyon. ***Obésité du type hypopituitaire guérie sans médication opothérapique*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. CI, n° 2, 8 Juillet 1933). — Cette étude fut faite dans le but de déterminer si une obésité du type hypopituitaire pouvait être guérie par un régime hyperprotéinique soigneusement conduit.

Les 50 malades traités montrèrent une réduction très nette de poids : les amas graisseux disparurent; la peau se contracta, ne laissant pas de plis flasques. En même temps, l'état général s'améliora, les maux de tête diminuèrent et les troubles menstruels disparurent. Le régime proposé semble intéressant, car il permet une alimentation suffisante du sujet, d'où facilité d'acceptation.

R. Rivoire.

S. Stalberg et H. Davidson. ***Le nouveau traitement de l'empoisonnement par la strychnine: report d'un cas anormal*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. CI, n° 2, 8 Juillet 1933). — S. et D., rapportent une observation d'intoxication par la strychnine, consécutive à l'ingestion de 10 centigr. de toxique, anormale par sa durée et son intensité. Elle fut traitée par des injections intraveineuses de sodium-amytal : celles-ci amenèrent une sédation remarquable des symptômes, mais l'intensité extrême de ceux-ci nécessita en outre l'emploi d'un anesthésique général : c'est le tribrome-éthanol qui fut choisi, et donna d'excellents résultats.

Les cas se multiplient de guérison d'empoisonnement par la strychnine à l'aide des barbituriques. Il est bon de savoir qu'une anesthésie générale peut y être avantageusement ajoutée lorsque l'intensité des symptômes est très forte.

R. Rivoire.

B. Rappaport et C. Reed. ***L'ergostérol de haute activité dans le rhume des foins et les maladies analogues*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. CI, n° 2, 8 Juillet 1933). — R. et R. ont entrepris une étude sur l'action de la vitamine D sur les sujets atteints de maladies allergiques. L'essai fut entrepris sur 3 malades asthmatiques, 2 atteints d'urticaire et 1 de rhume des foins. Le traitement n'eut aucune action sur les malades des deux premiers groupes; mais, par contre, les sujets atteints de rhume des foins furent moins susceptibles que les années précédentes : l'un même fut guéri presque complètement.

Une série de dosages du calcium et du potassium sanguin fut entreprise chez ces malades et révéla des faits intéressants : en particulier que chez les sujets allergiques il existe d'un jour à l'autre, en dehors de tout traitement, des variations importantes du taux de ces éléments.

Les doses massives de viostérol élèvent le calcium à un niveau considérable, diminuent le chiffre du potassium, et stabilisent le rapport calcium sur potassium à un niveau assez bas.

Le seuil de toxicité de l'ergostérol varie suivant les individus : mais les symptômes toxiques sont facilement reconnus et disparaissent rapidement avec la suppression du médicament.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (New-York)

F. Liberson. ***Emploi de gaz divers dans l'encéphalographie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 4, Avril 1933). — Les médecins recuIeraient moins souvent devant l'encéphalographie si la technique en était rendue

moins dangereuse et moins pénible pour le patient. L. s'est efforcé de réduire ces inconvénients de la méthode et, grâce à un nouveau procédé, il a pu pratiquer l'encéphalographie sur 210 malades sans accident sérieux.

Le danger principal résulte de la soustraction d'une quantité notable de liquide céphalo-rachidien, ce qui modifie brutalement la pression intra-cranienne. Plus la quantité de liquide retiré en un temps donné est faible, et moindre est le trouble créé. Aussi L. a-t-il imaginé un appareil permettant de retirer goutte à goutte le liquide et de le remplacer au fur et à mesure par un gaz quelconque. L'appareil consiste en un cylindre de verre clos avec un tube d'admission atteignant le fond, relié à l'aiguille à ponction lombaire, et un tube de sortie reliant le sommet du cylindre à une fine aiguille d'or destinée à s'insérer dans l'aiguille à ponction lombaire; un manomètre à mercure qui mesure la pression intrarachidienne est branché latéralement sur le tube de l'aiguille à ponction et commandé par un robinet à trois voies. Le cylindre est tenu à un niveau inférieur au rachis. On fait alors la ponction, puis on introduit l'aiguille fine dans l'aiguille à ponction. De la sorte, le système se trouve clos. Quand le liquide céphalo-rachidien descend par la grosse aiguille au fond du cylindre, il déplace une quantité équivalente de gaz qui passe par la fine aiguille et gagne les espaces sous-arachnoïdiens. On règle la vitesse d'échange du liquide et du gaz en élevant ou en abaissant le cylindre.

Le second inconvénient de l'encéphalographie, c'est la réaction pénible qu'elle détermine presque toujours et qui se traduit par de violents maux de tête, parfois par des phénomènes de shock (vomissements, collapsus circulatoire, etc.). Jamais ces derniers accidents n'ont été sérieux avec la technique décrite. Par contre, les maux de tête restaient presque impossibles à éviter jusqu'ici. L. a constaté que, si on filtre l'air à travers une colonne d'eau avant de l'injecter, la céphalée tardive est moins intense et la réaction cellulaire que détermine souvent l'air non filtré devient rare et peu marquée. La substitution d'autres gaz (azote en particulier) à l'air rend souvent les maux de tête moins violents, mais à cet égard l'hélium semble mériter la préférence.

P.-L. Marie.

H. W. Jones et **L. M. Tocantins.** ***Une épreuve simple de la résistance des capillaires : le signe de la chiquenaude*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 4, Avril 1933). — On connaît le signe du lacet indiqué par Weill et Chalier pour apprécier la résistance des capillaires, l'apparition de pétéchies au-dessous du lien constricteur traduisant la diminution de résistance de ces derniers. J. et T. proposent un nouveau test qui consiste à donner 3 ou 4 chiquenaudes sur les veines distendues au-dessous d'un lien de caoutchouc appliqué sur le bras depuis 5 minutes, ce qui provoque l'apparition de pétéchies au cas de résistance diminuée des capillaires. Positif, ce signe indique que les capillaires ou les veinules se sont rompus ou sont devenus perméables. Il s'est montré plus sensible que le signe du lacet. Chez tous les malades atteints de purpura, J. et T. l'ont trouvé positif alors que le signe du lacet était parfois négatif. Chez une série de sujets apparemment normaux, le signe de la chiquenaude a été plus souvent positif que le signe du lacet. Fait curieux, on le rencontre chez 49 pour 100 des individus d'apparence normale à l'époque du printemps.

P.-L. Marie.

L. Pick (Berlin). ***Classification des maladies du métabolisme lipoïdique et maladie de Gaucher*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 4, Avril 1933). — Dans cette conférence faite à l'Université Harvard, P. divise les xanthomatoses en formes généralisées et formes localisées.

Les premières comprennent: 1° des formes secondaires à d'autres maladies, symptomatiques de troubles du métabolisme des lipoïdes associés à ces maladies (xanthome diabétique, xanthome des affections hépatiques accompagnées d'ictère et des affections rénales, qui sont le résultat de l'hypercholestérinémie et de la résorption élective des éthers d'acides gras de la cholestérine par les cellules xanthomateuses); 2° des formes primitives, qui sont des entités morbides distinctes, liées à une anomalie constitutionnelle dans le métabolisme des lipoïdes. A ce groupe appartiennent la maladie de Gaucher, la maladie de Niemann-Pick, la maladie de Hand-Schüller-Christian et les xanthomatoses primitives à localisations variables qui atteignent à des degrés divers, soit la peau, soit les organes internes. Ces affections se différencient, non seulement par leur tableau anatomo-clinique, mais encore par les caractères microchimiques des lipoïdes accumulés.

Les formes localisées peuvent être simples (xanthélasma des paupières, par exemple) ou néoplasiques (sarcomes en général), mais certaines variétés de ces néoplasmes (xanthome en tumeurs) n'ont pas tendance à donner des métastases. A la base de ces formes localisées on trouve de l'hypercholestérinémie.

P. étudie ensuite en détail la maladie de Gaucher que les recherches chimiques de Lieb et Epstein (1924) ont permis de considérer, non plus comme une néoplasie de la rate, mais comme un trouble du métabolisme lipoïdique, la substance de Gaucher étant constituée surtout par de la kérasine, lipoïde qui se range parmi les cérébrosides (sphingogalactides).

P. attire l'attention sur deux symptômes précoces: la pigmentation jaune brunâtre de la peau de la face et des mains et des sclérotiques, traduisant l'hémochromatose générale constante dans la maladie de Gaucher; les modifications sanguines (leucopénie, puis anémie modérée hypochrome).

Le diagnostic se pose surtout avec l'anémie splénique, la maladie de Banti, la splénomégalie familiale, l'ictère hémolytique, la cirrhose biliaire de Hanot. La ponction de la rate ou de la moelle osseuse permet aisément de l'établir.

Du point de vue histologique, P., après avoir décrit les caractéristiques des cellules de Gaucher, insiste sur la présence dans la rate d'artérioles situées à l'intérieur des alvéoles remplies de cellules de Gaucher et dont les tuniques interne et moyenne sont intactes, ce qui montre que toutes les alvéoles ne naissent pas aux dépens de l'endothélium des sinus veineux, et sur la présence constante d'hémosidérine dans les cellules endothéliales des sinus veineux, alors que la substance de Gaucher y fait défaut, ce qui indique une séparation fonctionnelle complète entre les cellules endothéliales et les cellules du réticulum. L'origine réticulaire de la cellule de Gaucher est encore démontrée par l'étude des ganglions lymphatiques et de la moelle osseuse. Mais on peut voir dans la rate que la cellule de Gaucher peut dériver également des cellules de l'adventice et de la périadventice des vaisseaux, c'est-à-dire des histiocytes des artérioles de la pulpe. Il en est de même dans le foie. La maladie de Gaucher n'est donc ni une maladie réticulo-endothéliale pure, ni une histiocytose, ni une maladie exclusive des cellules du réticulum.

Pathogéniquement, on n'a pas pu encore prouver qu'il s'agisse d'une hyperfonction primitive du système réticulo-endothélial.

D'une façon générale, la splénectomie n'est pas rationnelle dans la maladie de Gaucher, la rate n'étant qu'un organe de dépôt, et elle est parfois suivie d'atteinte du squelette, épargné jusque-là. Cependant elle peut trouver son indication comme traitement symptomatique dans les formes où existe une anémie grave, une diathèse hémorragique ou une rate énorme, mais elle offre des dangers spéciaux en pareil cas.

P.-L. Marie.

M. B. Strauss et **W. B. Castle.** ***Recherches sur l'anémie de la gestation. III. Rapports étiologiques des anomalies par défaut de la sécrétion gastrique et des carences alimentaires avec les anémies hypochromes et l'anémie pernicieuse de la grossesse*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 4, Avril 1933). — Pour expliquer l'anémie de la gestation, on invoque d'ordinaire, soit l'intervention d'une substance toxique élaborée par le produit de conception qui inhiberait l'activité de la moelle osseuse, soit un agent hémolytique d'origine fœtale qui détruirait les globules rouges maternels. Toutefois aucune preuve démonstrative n'a été encore apportée à l'appui de ces deux opinions, et les faits rapportés par S. et C. viennent les contredire, puisqu'ils ont pu obtenir des réponses hématopoiétiques comparables aussi bien pendant la grossesse qu'après cette dernière et qu'ils n'ont pas constaté de réponse hématopoiétique du fait de la seule délivrance.

Ils ont étudié 36 cas d'anémie grave de la grossesse dans lesquels on pouvait éliminer l'intervention d'hémorragies occultes, de l'infection ou d'autres complications comme cause de l'anémie. Par contre, les analyses du suc gastrique qui montraient des anomalies sécrétoires (anachlorhydrie complète chez 19 malades, plus ou moins prononcée chez le reste des patientes, à l'exception de 3 qui avaient une sécrétion chlorhydrique normale) et l'étude des anamnestiques qui décelait des fautes dans l'alimentation chez plus des deux tiers des patientes (régime pauvre en albuminoïdes et en vitamines B et C) permettent d'attribuer un grand rôle à ces conditions dans la genèse de l'anémie de la gestation.

L'anémie hypochrome du type chlorotique (microcytaire) que présentaient 30 de ces malades semble pouvoir être attribuée, soit directement à une carence alimentaire, soit à une carence conditionnée par l'anacidité, l'hypoacidité gastriques ou des anomalies sécrétoires concomitantes, en présence de la demande du fœtus en matériaux destinés à fabriquer son propre sang, ce qui aboutit à réaliser un état analogue à celui que détermine une déperdition chronique de sang. Toutes les anémies de ce type réagirent fort bien (réponse réticulocytaire rapide, gain moyen quotidien de 0,65 pour 100 d'hémoglobine, amélioration clinique correspondante) à l'administration de fer à grosses doses (6 gr. par jour de citrate de fer ammoniacal). Ainsi l'anémie hypochrome de la grossesse est absolument analogue, par son mécanisme de production et par les résultats que donne la thérapeutique, à l'anémie hypochrome dite idiopathique).

S. et C. ont étudié 6 cas d'anémie du type pernicieux (macrocytaire) chez des femmes enceintes et ils attribuent cette anémie à un défaut passager dans le suc gastrique du « facteur spécifique intrinsèque » qui manque également dans le suc gastrique des malades atteints d'anémie pernicieuse banale. Il est probable, d'après les observations de S. et C., que l'insuffisance de ce facteur dans le régime peut également entraîner les altérations sanguines caractéristiques de cette affection. En tout cas, l'anémie macrocytaire de la grossesse guérit d'ordinaire complètement par l'administration d'extrait hépatique, bien que dans quelques cas il soit nécessaire d'y adjoindre du fer comme dans l'anémie hypochrome; il pourrait donc y avoir une double carence. Les faits observés par S. et C. laissent supposer que le facteur spécifique intrinsèque peut réapparaître après la délivrance. En somme, il y aurait un même mécanisme pa-

thogénique à la base de l'anémie pernicieuse banale et de l'anémie macrocytaire de la gestation.

Fait intéressant, l'étude du sang des nouveau-nés a montré que l'anémie de la grossesse ne détermine chez eux ni baisse du taux de l'hémoglobine ni diminution du chiffre des globules rouges.

P.-L. Marie.

Th. Fitz-Hugh et **B. I. Comroe**. ***Etude de 18 cas d'angine agranulocytaire (leucopénie pernicieuse)*** [*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 4, Avril 1933]. — F. et C. ont étudié 18 cas d'angine agranulocytaire dont 14 terminés par la mort. Parmi les 4 malades encore vivants, 2 seulement peuvent être considérés comme guéris, l'un d'eux étant parfaitement bien portant depuis 3 ans, à la suite d'une atteinte très aiguë, le second ayant eu une forme chronique remontant à 4 ans; les 2 autres malades encore en vie présentent des formes chroniques à rechute (F. et C. paraissent avoir rangé parmi ces dernières des cas de maladie de Banti et d'anémie pernicieuse aplastique).

L'angine agranulocytaire s'était développée immédiatement après une extraction dentaire chez 4 malades; dans un cas, à la suite d'une cholécystite aiguë; dans un autre, après l'ablation d'un vieux séquestre d'ostéomyélite. Dans 8 cas des examens hématologiques faits avant le début de la maladie donnaient des chiffres normaux, ce qui vient contredire la thèse d'une prédisposition constitutionnelle à cette affection.

L'autopsie, qui put être faite dans 9 cas, a montré chez plus de la moitié des malades l'existence de très nombreuses cellules-souches de la série blanche dans les centres leucopoiétiques de la moelle osseuse. Cette hyperplasie contraste avec l'extrême leucopénie périphérique caractéristique de la maladie et confirme l'hypothèse émise par F. d'un arrêt de maturation des éléments blancs plutôt que l'existence d'une aplasie primitive.

Pour F. et C. l'angine agranulocytaire constitue une entité morbide spéciale, bien que diverses autres conditions (intoxication par le benzène, par l'arsénobenzol, septicémies fulminantes, anémie aplastique, maladie de Hodgkin avec leucopénie, etc.) puissent lui ressembler de si près que l'on sera en droit de discuter sa place nosologique jusqu'à ce que l'on ait trouvé des signes pathognomoniques ou une thérapeutique spécifique, comme cela a été le cas pour l'anémie pernicieuse.

F. et C. signalent, à propos du traitement, que le pentose-nucléoside préconisé par Jackson ne leur a pas donné de résultats favorables. Il semble surtout convenir aux cas chroniques; la transfusion sanguine est plus encourageante.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY
(Chicago)

Lathan, A. Crandall et **Arthur Weill**. ***Pathologie du système nerveux central dans les maladies du foie*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXIX, n° 5, Mai 1933). — Le rapport qui unit les maladies du foie et les affections du système nerveux s'est surtout posé en clinique humaine à propos de la maladie de Wilson, des syndromes hépato-lenticulaires, et de certains états parkinsoniens.

C. et W. ont étudié expérimentalement les faits sur l'animal *in vitro*. Ils ont observé, chez les chiens, les lésions hépatiques consécutives à la ligature des voies biliaires ou du canal pancréatique, et l'apparition à leur suite dans le sérum des animaux, le 4e jour environ, des substances ayant une action destructrice sur la moelle des rats. Ces toxines sont différentes des lipases qui sont pourtant également augmentées.

Ces toxines sont éliminées par les plexus choroïdes de la paroi des vaisseaux cérébraux.

L'effet toxique est plus accentué au siège d'élimination des toxines, et au point où leur concentration est le plus élevée. On trouve de la nécrose spongieuse de la paroi des ventricules, ou des foyers d'œdème et de démyélinisation du cortex. Dans tous les cas on observe des lésions diffuses des cellules nerveuses, avec prolifération gliale, sans atteinte du tissu mésenchymateux.

La comparaison entre les faits humains d'affection hépatique avec atteinte du système nerveux, et les faits expérimentaux, montre dans les deux cas les lésions communes suivantes : nécrose spongieuse du tissu nerveux, prolifération active de la glie avec cellules à large noyau, atteinte diffuse des cellules nerveuses corticales, prédominant sur les couches profondes des corps striés, et absence de réaction mésenchymateuse active.

H. Schaeffer.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

Obregia, Constantinesco, Badenski. ***Sur l'emploi des substances vagotoniques dans la démorphinisation*** (*Romania Medicala*, t. X, n° 9, 1er Mai 1933). — O., C. et B. emploient la méthode de désintoxication rapide. Autrement, il s'installe un état de *vagotonie*, dû au sevrage brusque, qui peut aller jusqu'à la *vagotonie* totale : pouls bradycardique, hypotension, vomissements incoercibles, selles fréquentes, irradiations viscéralgiques, sueurs profuses, peau humide et grasse. Le réflexe oculo-cardiaque est fortement positif. C'est d'ailleurs un signe précieux qui permet de contrôler le malade. Cette vagotonie sert de cadre aux phénomènes cœnesthésiques : anxiété, inquiétude. Le sevrage brusque peut engendrer un syndrome aigu de vagotonie et le bloc auriculo-ventriculaire expliquerait pour les auteurs les morts tardives, survenues deux à trois mois après le sevrage.

Chez certains malades, désintoxiqués, il est possible de voir survenir des *crises* de vagotonie, dues à l'élimination retardée de la morphine; chez les sujets peu résistants, ces crises peuvent être fatales. Les auteurs croient que sans nier la part du terrain et de la contagion morale, pour devenir toxicomane, il faut présenter un *état de labilité végétative*, de l'équilibre vago-sympathique, avec vagotonie.

Au cours de la désintoxication les plus pénibles des phénomènes sont ceux de vagotonie du tube digestif; leur traitement par la médication symptomatique reste sans effet.

Les auteurs ont employé les substances inhibitrices vagales (l'atropine, la bellafoline). Nevio Kojas a utilisé avec succès l'adrénaline dans la démorphinisation. Les auteurs ont remarqué que l'atropine agit remarquablement non seulement sur les troubles digestifs mais aussi sur les autres troubles. Ils citent le cas d'un médecin malade qui est entré dans leur service pour une cure de désintoxication. La dose de morphine qu'il avait prise avant était de 1 gr. 50 par jour. Ils lui donnent 0 gr. 25, dose qui ne produit aucun phénomène de carence. Le pouls est à 76, le réflexe oculo-cardiaque 76-74. La tension 13/8,5 au Vaquez-Laubry. Le 3e jour : 0 gr. 20 de morphine. Pouls à 60. R. o.-c. : 60-52. Le 6e jour : 0 gr. 12 de morphine. Pouls : 58. R. o.-c. : 58-46. Le 9e jour, 0 gr. 03 de morphine. Pouls variable : 52-56. R. o.-c. : 56-52, après la compression oculaire : 44-42. T. A. 11 1/2-6. Pendant la nuit : vomissements, selles diarrhéiques fréquentes, douleurs abdominales insupportables. On fait 5 cmc de camphre soluble, 1/2 milligr. de bellafoline. Pouls : 62. R. o.-c. 62-56 vers le matin; on fait encore 1/2 milligr. de bellafoline. Le 4e jour, on a arrêté le traitement; pendant cet intervalle, le syndrome s'est manifesté à nouveau. On administre l'atropine pour la supprimer le 7e jour. Le régime alimentaire reste léger. Le 10e jour, l'alimentation est normale. La dose totale d'atropine est montée parfois jusqu'à 5 milligr. par jour, suivant l'intensité des symptômes. Trois autres observations sont analogues à celles-ci. Les avantages de la méthode peuvent se résumer ainsi :

1° Le maintien du tonus du système autonome et par suite :

a) La disparition des troubles du rythme.

b) La diminution des phénomènes subjectifs et de la thérapeutique adjuvante.

c) L'alimentation continue du malade. Il faut corriger continuellement le vague sous le contrôle du pouls, de la tension et du réflexe oculo-cardiaque.

Henri Krauter.

Stoia. ***La normalisation quantitative et qualitative des éléments sanguins par les nouveaux procédés*** (*Romania Medicala*, t. XI, n° 9, 1er Juin 1933). — La méthode de Whipple est un progrès immense dans l'histoire de la thérapeutique. Whipple ouvrait l'ère du traitement des anémies chez l'homme par le foie. La meilleure épreuve de l'efficacité d'une méthode, c'est de l'essayer dans les cas à pronostic grave et d'évolution rapide. Minot et Murphy l'expérimentèrent avec succès dans les anémies pernicieuses avec augmentation de la valeur globulaire et macrocytose.

La méthode de Whipple paraît agir en ajoutant son action hémopoétique à celle du foie à l'état normal. Avec Summunds et Mc Callum, on croit à l'existence d'une vitamine « E » qui présiderait à l'assimilation du fer. Pour Marcel Labbé, le foie contient des substances, lesquelles fixées sur les globules rouges empêcheraient l'hémolyse. D'autres hypothèses ont été émises.

L'opothérapie hépatique apporte à l'organisme les éléments nécessaires à la structure du stroma globulaire. Le traitement de Whipple agit aussi dans les hémorragies secondaires, où la valeur globulaire est très diminuée. Il est globulopoiétique et hémoglobinopoiétique. L'état d'anémie s'accompagnant d'hypocalcémie, on a intérêt à associer l'opothérapie au calcium. On redresse ainsi la déminéralisation de l'organisme. Puis le calcium est en même temps un excellent diurétique et cardiotonique. Enfin, pour fixer le calcium, il faut donner la vitamine « D » qui se trouve en abondance dans l'ergostérine irradiée. On peut instituer avec succès, chez les anémiques, lymphatiques et même les bacillaires, l'opothérapie hépatique, le calcium, la vitamine D.

Henri Krauter.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

F. Delporte et **J. Cahen** (Bruxelles). ***Contribution à l'étude du traitement radio-chirurgical des épithéliomas de la vulve et de l'urètre*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 6, Juin 1933). — Cet intéressant mémoire fait connaître la méthode radium-chirurgicale suivie et les résultats obtenus à l'Institut du Radium de Bruxelles, chez 25 malades traitées dans ces 10 dernières années, pour un épithélioma de la vulve ayant eu pour 5 d'entre elles un point de départ urétral.

Après une revue des statistiques anciennes donnant les résultats de méthodes d'abord purement opératoires (Koppert, Schultze, Basset) puis radium-chirurgicales (Stoeckel, Calvin et Rentscher, Elis Berven, Petit-Dutaillis, Sobre-Cazas) ou exclusivement curiethérapiques (Nabias, Dueuing), D. et C. expliquent la gravité du cancer vulvaire par la radiorésistance de la lésion primitive et l'envahissement rapide des territoires ganglionnaires superficiels et profonds dont ils rappellent l'anatomie.

Leur technique, radiumthérapie préalable suivie d'exérèse, qu'un premier mémoire a fait connaître dès 1925 d'après 11 cas, et à laquelle ils sont restés fidèles, comporte actuellement les temps suivants:

1° Une irradiation simultanée de la lésion initiale et des régions lymphatiques inguino-crurales, ou mieux, peut-être, des lymphatiques d'abord, puis de la lésion ensuite. Le mémoire donne la technique détaillée de cette irradiation.

2° Une vulvectomie totale, faite après la fonte du néoplasme, lorsque la cicatrisation de la lésion vulvaire est achevée, dont la technique est aussi exposée.

3° L'ablation des ganglions que les auteurs tendent à conseiller systématique, mais qu'ils n'ont faite jusqu'ici que d'après les indications cliniques. Dans les cas avancés, avec périadénite, il faut s'abstenir.

Les 25 observations, dont un bon nombre avec photographies des lésions, puis de leurs cicatrices, sont réparties en 4 groupes :

1° 6 cas avancés, traités par radiumpuncture de la tumeur seulement, ont donné 5 morts dans l'année et une récidive après 2 ans et demi.

2° 8 cas traités par aiguillage de la tumeur et radio- ou radiumthérapie des régions ganglionnaires. Un succès pour le seul cas au début sans adénite, 7 récidives pour les autres cas, tous avec adénite.

3° 6 cas traités par aiguillage de la tumeur, radio- ou radiumthérapie (sauf un), vulvectomie totale, ablation ganglionnaire pour deux d'entre eux. Guérison locale dans tous les cas, une récidive à marche rapide dans un seul cas, au bout de 6 ans.

4° 5 cas d'épithélioma périurétral, sans adénopathie, traités par la technique décrite, avec disparition de la tumeur pour tous depuis 1 jusqu'à 7 ans, et une seule mort, peu après le traitement, d'une malade âgée de 80 ans.

Le résultat global des 24 cas utilisables (la guérison du 25e étant trop récente pour figurer) est indiqué ainsi :

20 cas vulvaires, 11 fois avec adénopathie, et 4 cas périurétraux sans adénopathie, ont donné 7 guérisons durables (dont 2 de 4 ans, 2 de 7 ans, 2 de 8 ans, 1 de 9 ans), soit 29 pour 100 de succès.

P. Grisel.

P. Duval et **H. Rouvière**. ***Technique de l'extirpation des ganglions sus-claviculaires (en particulier dans les cancers du sein)*** [*Journal de Chirurgie*, t. XLI, n° 6, Juin 1933]. — Les lymphatiques mammaires se rendent pour la plupart au groupe mammaire externe des ganglions de l'aisselle. De là, le courant lymphatique monte vers leur groupe supérieur sous-claviculaire d'où il est conduit par un ou plusieurs troncs au confluent veineux jugulo-sous-clavier où il se jette. Mais il existe des dispositions plus favorables à l'envahissement des lymphatiques sus-claviculaires par la cancérisation axillaire : le tronc sous-clavier peut se jeter dans le tronc cervical transverse pour aboutir au confluent veineux; des voies directes unissent les ganglions axillaires avec ceux du groupe cervical transverse et même du groupe jugulaire interne.

L'ablation de ces ganglions sus-claviculaires a donc ses indications, et D. et R. exposent, l'un les connaissances anatomiques, l'autre la technique opératoire établie sur elles, qui permettent de la réaliser méthodiquement.

L'ensemble à enlever forme trois chaînes disposées en triangle: jugulaire interne (groupe externe) verticale; cervicale transverse horizontale comme les vaisseaux de même nom ; spinale au contact du nerf, oblique comme lui et s'unissant par un amas ganglionnaire avec le haut de la chaîne jugulaire, et par un second, sous-trapézien, avec l'extrémité de la chaîne cervicale transverse. L'ablation doit comprendre encore le confluent ganglionnaire sous-clavier, et les chaînes jugulaires antérieure et externe qui suivent les veines de même nom.

Chaînes et troncs sont compris dans une lame cellulo-graisseuse qui s'étend à toute la hauteur du cou, passe en s'amincissant au-devant de la veine jugulaire jusque sous le trapèze. Recouverte par le plan musculo-aponévrotique superficiel, elle repose, sans y adhérer, sur le feuillet fibreux profond qui recouvre les scalènes, le plexus brachial et retient le nerf phrénique dans un dédoublement. Le segment triangulaire à enlever comprendra dans sa masse les groupes ganglionnaires, des branches du plexus cervical, parfois le nerf phrénique, les vaisseaux cervicaux transverses, le segment terminal des veines jugulaires externe et antérieure, et la partie moyenne du muscle omo-hyoïdien.

La technique de cette ablation en masse ne peut qu'être indiquée ici. L'incision, verticale, suit la hauteur du triangle sus-claviculaire et franchit la clavicule qui est sectionnée tandis que le muscle sous-clavier ne doit être que désinséré si le curage de l'aisselle doit suivre. Grâce à la section de la clavicule, à la réclinaison du trapèze et à celle du sterno-mastoïdien, aidée par la désinsertion de son chef claviculaire, on peut réaliser la libération du feuillet cellulo-graisseux. Cette libération commence par son incision le long du bord interne de la veine jugulaire interne et par la section oblique en suivant le spinal ou le comprenant si son contact avec les ganglions est par trop intime.

On libère ensuite les angles inférieur et antérieur, par la section, entre deux ligatures, des veines jugulaires antérieure et externe et des vaisseaux cervicaux transverses; libération qui, à gauche, devra ménager la terminaison du canal thoracique.

Le feuillet est alors renversé en dehors et décollé à la compresse du plan profond jusqu'à ce que, au delà de la chaîne spinale, il puisse être détaché sous le trapèze, après nouvelle section de l'omo-hyoïdien et des vaisseaux cervicaux transverses.

P. Grisel.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Gaté, **J. Charpy** et **J. Monard**. ***La splénothérapie des dermatoses prurigineuses*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 321, 20 Mai 1933). — G., C. et M. ont traité par injections d'extrait de rate, à des doses variant de 1 gr. à 20 gr., 43 malades atteints de dermatose prurigineuse. Sur 30 eczémas, ils obtinrent 12 échecs complets, 11 guérisons ou améliorations considérables suivies de récidives dans 6 cas, 7 améliorations partielles. Le prurit a été favorablement influencé dans 18 cas sur 30.

4 cas de prurigo ont donné une guérison, 2 améliorations, 1 échec. De 3 cas de dermatite polymorphe de Dühring-Brocq l'un a guéri complètement en 3 semaines sans récidive depuis un an, un autre a disparu en 20 jours, le troisième a été amélioré. Un cas de prurit post-scabiéique chez un névropathe, un prurit anal, une névrodermite, un cas de lèpre et un psoriasis sont restés insensibles à la thérapeutique.

Les incidents sont pratiquement négligeables ; lorsque les extraits étaient douloureux, on y a ajouté soit une solution de bicarbonate de soude, soit 2 à 3 cmc de novocaïne à 1 pour 100. On a noté parfois de petits malaises sans importance; un malade accusa à chaque injection une forte réaction fébrile avec quelques malaises généraux ; 2 autres présentèrent l'un de la congestion du visage, l'autre un état lipothymique. Les injections étaient répétées tous les jours ou tous les 2 jours; un malade reçut ainsi une dose correspondant à 900 gr. de glande fraîche.

Les injections d'extrait splénique déterminent souvent une légère leucocytose avec polyglobulie nette; beaucoup plus rarement, il y a hypoglobulie. Les modifications de la formule sanguine sont très légères et restent dans les limites des écarts dus à la technique.

Sans avoir une supériorité évidente sur les autres méthodes employées dans les mêmes conditions (auto-hémothérapie, hyposulfite de soude), les extraits de rate méritent de retenir l'attention dans la thérapeutique de certaines dermatoses prurigineuses.

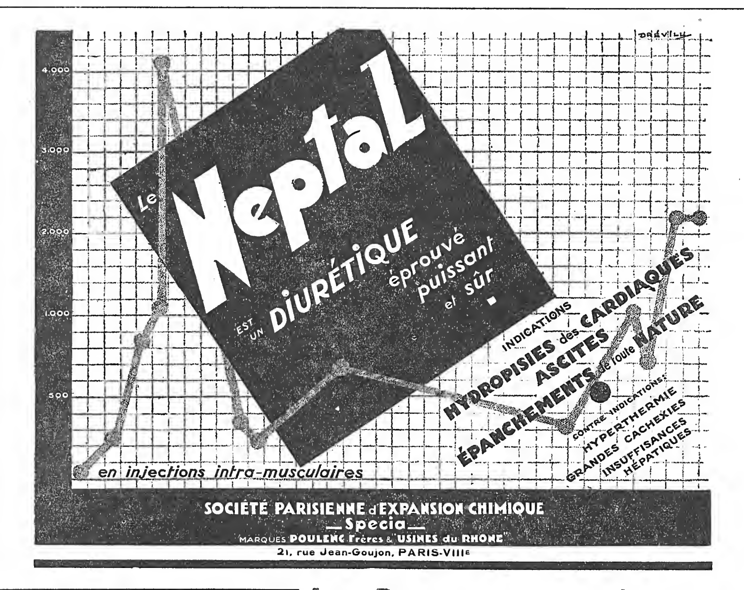
Robert Clément.

J. Dechaume et **P. Wertheimer**. ***Réflexions sur une statistique anatomo-pathologique de 2 années de neuro-chirurgie de tumeurs cérébrales*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 323, 20 Juin 1933). — Cette statistique porte sur 52 malades atteints de tumeurs cérébrales dont 42 ont été opérées de Mars 1931 à Mars 1933.

Les tumeurs sont classées suivant leur type histologique et leur siège, leur siège suivant l'âge des malades, leur type histologique suivant l'âge des malades, la durée d'évolution suivant le type histologique. De ces chiffres, on peut tirer des éléments de diagnostic: fréquence des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure chez l'enfant, fréquence des neurospongiomes du vermis dans l'enfance, rareté des adénomes hypophysaires avant 20 ans, exceptionnelle rareté du tubercule cérébral, etc.

Au point de vue histologique, il faut dissocier le groupe des gliomes et opposer les neurospongiomes et glioblastomes, tumeurs de type embryonnaire, les unes de l'enfant, les autres de l'adulte, évoluant en moins de 2 ans et de caractères infiltrants, aux astrocytomes et oligodendrogliomes, tumeurs à cellules de type adulte, à évolution lente, se chiffrant par années (3 à 10 ans), non infiltrantes, souvent kystiques ou calcifiées et simulant des tumeurs méningées. La conduite opératoire et le pronostic sont très différents suivant le type histologique de la tumeur.

Sur les 52 malades porteurs de tumeurs cérébrales, 10 n'ont pas été opérés (une erreur de diagnostic, 2 morts avant l'intervention, un refus d'intervention, 3 contre-indications opératoires, 2 radiothérapés [angiomes calcifiés des méninges], 1


4.000
3.000
2.000
1.000
500
Le
Neptal
EST UN DIURÉTIQUE
éprouvé
puissant
et sûr
en injections intra-musculaires
INDICATIONS
HYDROPISIES des CARDIAQUES
ASCITES
ÉPANCHEMENTS de toute NATURE
CONTRE INDICATIONS:
HYPERTHERMIE
GRANDES CACHEXIES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
21, rue Jean-Goujon, PARIS-VIIIE

sera opéré (méningiome du tubercule de la selle turcique), 42 ont été opérés, avec exérèse ou ablation partielle dans 25 cas.

Il faut s'efforcer de ne plus attendre l'installation du syndrome d'hypertension intra-cranienne pour porter le diagnostic de tumeur cérébrale, car seule, la précocité du diagnostic permet l'exérèse de la tumeur. Pour faire un diagnostic complet, précis et précoce de tumeur cérébrale, il faut utiliser judicieusement l'examen clinique, ophtalmologique, la radiographie et la ventriculographie. Pour réaliser le traitement chirurgical des tumeurs cérébrales, il faut la collaboration étroite et permanente avant, pendant et après l'opération, d'un neurologiste et d'un opérateur spécialisé dans la neuro-chirurgie qui auront poussé jusqu'à l'extrême limite de la précision le diagnostic anatomo-clinique de la tumeur.

Robert Clément.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

H. Riese. ***Formes abortives de l'ostéomalacie et leur traitement*** (*Münchener medizinische Wochenscrift*, t. LXXX, n° 16, 21 Avril 1933). — Le diagnostic en est souvent difficile et parfois même durant plusieurs générations, des formes frustes ont pu être méconnues et sont soupçonnées rétrospectivement au cours de l'interrogatoire d'une malade.

Les malades se plaignent de troubles multiples, fatigue, douleurs vagues et diffuses. Souvent les signes du début sont essentiellement des anomalies menstruelles, hémorragies ou dysménorrhée avec règles insuffisamment abondantes. Ces hémorragies deviennent plus nettes lors des accouchements. Ce n'est guère qu'au troisième accouchement que les phénomènes douloureux osseux deviennent manifestes et persistants.

Le psychisme est caractérisé par un état geignant, irritable, dépressif. Les malades sont pâles, fatiguées, avec une mimique diminuée; elles se tiennent difficilement debout et se laissent tomber sur une chaise plutôt qu'elles ne s'asseyent. Se relever est un travail et la marche est pénible et lente. La pression des os est douloureuse avec des localisations variables et plus ou moins diffuses, accentuées lors de la gravidité. Les réflexes sont exagérés. Il y a un gonflement œdémateux des pieds et des jambes sans signe du godet.

Il n'y a pas de modifications radiologiques précoces nettes. On note des troubles circulatoires et une hyperspasmodicité musculaire surtout au niveau des adducteurs.

L'examen sanguin révèle souvent des troubles du métabolisme calcique. L'élimination calcique par les fèces est notablement accrue. On peut observer une polyglobulie transitoire, fréquemment une anémie avec hypochromie, de la leucocytose, surtout de la lymphocytose à 40 ou 50 pour 100.

Etiologiquement la notion de sous-alimentation et de carence est primordiale et les conditions de logement (obscurité, humidité) paraissent également importantes.

La carence en lumière et en vitamines paraît entraîner des troubles graves des échanges minéraux et des altérations fonctionnelles endocrines. Le surmenage général et glandulaire imposé par les grossesses vient provoquer les poussées évolutives.

Le traitement consiste en administration d'huile de foie de morue et d'adrénaline. On a obtenu des succès par l'ovariotomie et par la greffe de thymus. Cependant la stérilisation ne paraît pas indispensable et il est préférable d'interrompre la grossesse, si elle se produit, surtout chez les femmes ayant déjà 1 ou 2 enfants.

R. préconise en particulier une forme médicamenteuse spécialisée associant les sels calciques et la vitamine D et qui lui aurait donné des résultats rapidement favorables.

G. Dreyfus-Sée.

M. Hochrein et **H. Lechleitner.** ***Contribution à l'étude clinique de l'action de la digitale (observation à l'aide d'un nouveau produit la « digilanide »)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 19, 12 Mai 1933]. — Ce produit cristallisé a été essayé chez 60 malades atteints d'affections circulatoires diverses: cardiopathies rhumatismales, syphilitiques, artérioscléreuses, myocardites, hypertensions, cyphoscolioses, emphysème, symphyse, péricardique, etc.

L'action du médicament a été étudiée sur le pouls, la tension veineuse, la diurèse, les phénomènes de stase, la tension artérielle et l'électrocardiogramme.

Les résultats obtenus permettent de préconiser l'emploi du médicament surtout dans les affections cardiaques gravement décompensées qui étaient jusqu'ici justiciables de traitements combinés. L'administration digestive de digilanide aurait fourni des résultats comparables à ceux des injections intraveineuses de strophantus. Dans la pratique de clientèle de ville où la médication intraveineuse est souvent mal acceptée, ce traitement pourra donc rendre des services.

G. Dreyfus-Sée.

K. Fervers. ***Le déterminisme des fractures de la colonne cervicale par accidents de plongeons*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 20, 19 Mai 1933). — Lors d'un plongeon en piscine pratiqué par un jeune sportif entraîné, une fracture de la 5e vertèbre cervicale s'est produite sans cependant qu'il y ait eu de choc contre le fond du bassin. Les phénomènes paralytiques ont été immédiats et la mort est survenue en 24 heures.

Un tel accident peut survenir de 2 façons:

1° Chez un nageur inexpérimenté ou craintif, lors du plongeon accidentel ou des premiers essais, le rejet de la tête en arrière se fait de façon réflexe alors que les bras sont trop écartés et non directement dirigés en avant. Le choc sur l'eau ou sur le fond du menton ou de la face peut donc provoquer une hyperextension forcée qui détermine la fracture par « réclination ».

2° Le bon nageur plonge la tête fléchie et les bras étendus et se redresse dans l'eau. Si la profondeur est insuffisante et qu'il ne redresse pas assez vite la tête, celle-ci peut porter sur le fond sans être protégée par les bras rigides, tangents au sol et qui ont d'ailleurs souvent commencé le mouvement de redressement. D'où fracture par hyperflexion.

3° Plus rarement enfin lors de plongeons acrobatiques, des accidents peuvent résulter du choc sur le plongeoir même, au cours de la culbute ou du saut en arrière et la tête en bas précédant la plongée.

Des figures schématiques représentent de façon aisément compréhensible la production de ces divers accidents.

G. Dreyfus-Sée.

F. Lourmel. ***La ponction précoce des pleurésies exsudatives*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 22, 2 Juin 1933). — Il est classique de n'évacuer les pleurésies que lorsqu'elles déterminent une gêne mécanique ou bien lorsque la résorption spontanée persiste à ne pas se faire après sédation de la fièvre.

L. considère que ces règles sont périmées et que l'abstention prolongée entraîne des conséquences fonctionnelles néfastes, alors que nul inconvénient ne résulterait du fait de ponctions évacuatrices précoces. Même si la ponction ne provoque pas la baisse de la température et la résorption de l'épanchement, elle ne détermine pas d'incident de nature à constituer un risque et une contre-indication.

Par contre, l'abstention permettant la persistance prolongée de l'épanchement favoriserait la formation de fibrine et par conséquent provoquerait les adhérences; il pourrait en résulter une gêne fonctionnelle permanente et en tout cas une impossibilité ultérieure de pratiquer un pneumothorax si celui-ci devenait nécessaire. L. est donc partisan de la ponction précoce, aussi complète que possible, en évitant des incidents par l'injection d'air dans la cavité pleurale. L'entretien du pneumothorax ainsi déterminé sera pratiqué si l'état du poumon sous-jacent le rend nécessaire. L. ignore d'ailleurs les résultats éloignés de sa méthode en ce qui concerne l'état de la plèvre, n'ayant pas eu l'occasion de faire de tentative de pneumothorax chez ses anciens malades. Sa méthode de ponction précoce est donc surtout basée pratiquement sur ses résultats thérapeutiques immédiats qui seraient satisfaisants.

G. Dreyfus-Sée.

C. Ruys et **P. A. Jeus.** ***Ensemencement systématique du mucus rectal chez les enfants atteints de vulvo-vaginite gonococcique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 22, 2 Juin 1933). — La vulvo-vaginite gonococcique infantile s'accompagne toujours de phénomènes inflammatoires gonorrhéiques de la muqueuse rectale, évoluant le plus souvent sans manifestations cliniques.

Cette infection est cependant particulièrement opiniâtre et favorise ainsi la réinfection de l'appareil génital. Elle est aisément mise en évidence dans les cas récents, par la recherche du gonocoque dans l'exsudat muqueux rectal, prélevé au moyen d'une anse de platine et examiné directement et par ensemencement.

La culture est indispensable chez les sujets déjà traités, et elle doit être pratiquée systématiquement avant d'affirmer la guérison d'une affection gonorrhéique infantile.

G. Dreyfus-Sée.

P. Dahr. ***Diphtérie localisée au pénis, au cuir chevelu et à la gorge chez 3 enfants d'une même famille*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 24, 16 Juin 1933). — La diphtérie cutanée est rare et, par conséquent, relativement difficile à diagnostiquer, ce qui entraîne la dissémination fréquente de cette infection inconnue.

Les observations de D. relatent ainsi des cas curieux de diphtérie localisée aux téguments chez 2 enfants sur 3 dans une même famille. Le premier cas est celui d'un garçon de 5 ans qui présenta une balanite avec phénomènes œdémateux intenses justifiant le diagnostic de phimosis et l'envoi dans un service chirurgical. Après sédation de la fièvre, une intervention est pratiquée et découvre des ulcérations avec fausses membranes sur le gland. L'ensemencement révèle la présence de bacille diphtérique virulent qui est également trouvé dans le rhino-pharynx malgré l'absence de toute manifestation pathologique à ce niveau. La sérothérapie fait régresser rapidement les lésions.

Peu de temps après, le frère du malade présente une diphtérie du cuir chevelu, et sa sœur une diphtérie pharyngée.

Les 4 souches microbiennes obtenues par culture des lésions de ces 3 enfants présentaient les mêmes caractères biologiques et la même virulence.

Deux photographies montrent les caractères cliniques de ces curieuses localisations cutanées de la diphtérie.

G. Dreyfus-Sée.

R. Wanke. *Observation de ventriculo et encéphalographies pour le diagnostic des tumeurs cérébrales* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 24, 16 Juin 1933). — Ces techniques actuellement utilisées couramment constituent un progrès considérable qui permet de porter un diagnostic plus exact et plus précoce des tumeurs opérables de l'encéphale. Dans 98 cas, ces explorations ont fourni à W. des résultats positifs intéressants et permettant des sanctions thérapeutiques.

Cependant, de l'examen détaillé de ces interventions, il peut conclure que malgré le perfectionnement du diagnostic (1928-1932), le pourcentage des tumeurs trouvées lors de l'intervention et par conséquent extirpées est resté le même (31-33 pour 100) que durant la période précédente (1920-1922). De telle sorte que W. se demande si l'amélioration des résultats dépend actuellement du perfectionnement des procédés de diagnostic. D'accord avec Cushing, il croit que les progrès ainsi obtenus ne constituent qu'une faible partie du problème, qui réside surtout dans le domaine des améliorations de la technique chirurgicale.

G. Dreyfus-Sée.

G. Salvioli. *Nouvelles voies d'étude des capillaires sur le sujet vivant* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 24, 16 Juin 1933). — Les premières recherches faites sur les capillaires de l'ongle avaient déjà fourni des résultats intéressants.

Un progrès a été accompli lors de l'étude des capillaires du lobule de l'oreille, en particulier chez le nouveau-né, qui a permis à S. de mettre en évidence la dynamique circulatoire des capillaires et l'influence exercée sur elle par la respiration.

Les 3 types de circulation: rapide, lente et inversée, sont nettement modifiés par les phénomènes respiratoires dont l'action peut être observée très vite après l'acte respiratoire (inspiration ou apnée). Pour compléter ces recherches, il fallait pouvoir vérifier la pression et la résistance des capillaires non seulement au niveau de l'oreille ou des ongles, mais encore dans toutes les autres régions cutanées. C'est dans ce but que S. a mis au point un appareil qu'il a appelé « tonopsatyroskop » et dont il fait la description: De l'appareil complet est dissociable le psatyroscope qui permet d'apprécier microscopiquement les phénomènes de déchirement des vaisseaux lors de la dépression par ventouse.

Une étude de la perméabilité des capillaires et de ses modifications, suivant l'âge, au cours des néphrites, durant certaines infections aiguës, a pu être pratiquée à l'aide de cet appareil, et S. espère qu'il fournira également en dermatologie et dans d'autres domaines pathologiques des résultats intéressants.

G. Dreyfus-Sée.

I. Ipsen. *La signification pratique de la mesure de température cutanée* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 25, 23 Juin 1933). — La mesure de la température superficielle a été pratiquée systématiquement durant plusieurs années chez tous les malades d'un service hospitalier chirurgical.

1° Lors des embolies brusques vasculaires des extrémités, l'hypothermie superficielle est appréciable nettement après 1 à 2 heures, et permet d'affirmer le diagnostic précocement et de permettre ainsi une intervention sur le foyer durant la période favorable des 6 premières heures.

2° Dans la sclérose artérielle avec oblitération progressive, le diagnostic précoce de la gangrène peut être facilité. En outre, il importe de pratiquer l'amputation au-dessus de la zone refroidie de plus de 1° au-dessous de la température de la région symétrique du membre opposé.

3° Lors de certaines gangrènes diabétiques ou infectieuses, la température du côté malade était plus élevée que du côté sain. Dans un cas, on peut affirmer qu'il n'y a pas gangrène par insuffisance de vascularisation et le traitement conservateur doit être poursuivi.

4° Les spasmes vasculaires aussi bien des artères profondes que des vaisseaux superficiels peuvent être à l'origine de modifications thermiques.

5° Les affections pathologiques articulaires donnent lieu à une augmentation locale de chaleur qui permet d'affirmer à la suite d'un traumatisme l'existence d'une évolution pathologique. Par contre, dans un cas douteux, le diagnostic de tuberculose peut être éliminé si le genou suspect présente la même température que celui du membre opposé.

6° Les phlébites des membres inférieurs à la suite d'une opération sont caractérisées par une élévation de chaleur locale superficielle qui permet parfois d'interpréter des phénomènes douloureux suspects. Cependant, lors des affections du bassin, des phénomènes sympathiques peuvent déterminer une élévation thermique symétrique trompeuse rendant difficile le diagnostic des phénomènes post-gravidiques par exemple.

7° Les thyroïdiens présentent des variations thermiques superficielles des extrémités parallèles aux modifications de leur métabolisme général.

8° Lors de la narcose, la température des pieds augmente progressivement pendant que le malade s'endort. L'absence de ce phénomène, ou sa disparition brusque, témoignerait avec certitude d'un phénomène de shock nécessitant un traitement actif d'urgence.

G. Dreyfus-Sée.

H. Brugsch et J. Lautsch. *Le traitement de l'agranulocytose par le nucléotite de pentose* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 26, 30 Juin 1933). — Le traitement de cette grave affection est d'autant plus malaisé que le diagnostic n'en est souvent porté que tardivement alors que l'état général et le sang sont déjà profondément touchés. Les traitements classiques: transfusions sanguines et radiothérapie, ont à leur actif quelques succès et de nombreux échecs.

Toute thérapeutique essayée doit tendre à activer la leucocytose. Les procédés employés chez les sujets normaux ou atteints d'autres affections: abcès de fixation, infections inoculées, ne peuvent être tentés chez des sujets aussi dépourvus de toute résistance.

C'est donc surtout la thérapeutique par les albumines étrangères qui est utilisable: l'acide nucléinique et ses dérivés ont été préconisés ainsi par les Américains comme leucogénétiques.

B. et L. ont utilisé une préparation de nucléotide de pentose à 7 pour 100, dont 10 cmc étaient injectés intra-musculaires avec 1/2 milligr. d'atropine, 2 fois par jour, 2 à 3 heures après le repas pendant 4 jours. Après arrêt de 48 heures, si le chiffre des granulocytes tend à s'abaisser, on reprend les injections.

Les résultats se sont montrés satisfaisants dans 3 cas sur 4, le médicament paraissant demeurer actif lors des récidives. Ce traitement semble supérieur à la radiothérapie.

G. Dreyfus-Sée.

E. Payr. *Diagnostic et traitement de l'actinomycose au moyen de l'autovaccin* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 26, 30 Juin 1933). — Le diagnostic de l'actinomycose est souvent difficile, d'autant plus que les examens de laboratoire (examen du pus et biopsie) fournissent parfois longtemps un résultat négatif et ne montrent la présence du mycelium qu'après des recherches maintes fois répétées et prolongées. Les cultures en milieu anaérobie doivent être multipliées, d'autant plus qu'on peut les utiliser pour la préparation d'un autovaccin qui paraît fournir des résultats thérapeutiques intéressants.

Le traitement préconisé par P. consiste en une combinaison de médication iodée par ingestion, de radiothérapie profonde et de vaccinothérapie très longtemps prolongée à l'aide d'autovaccin sous-cutané.

On continuera les injections au moins 6 mois après guérison apparente des foyers.

Ce procédé permet d'éviter les interventions sur les foyers du visage ou du cou. Les foyers primaires tonsillaires ou dentaires devront par contre être éliminés.

Il est possible que ce mode de traitement puisse être utilisé avec succès dans les foyers profonds pulmonaires, pleuraux ou médiastinaux dont la guérison est habituellement très malaisée.

G. Dreyfus-Sée.

E. Schrader et A. Faber. *Arthrite gonococcique tardive* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 27, 7 Juillet 1933). — Cette forme spéciale d'arthrite blennorragique serait caractérisée par des signes très discrets: atteinte surtout des parties molles, peu d'épanchement, parfois rougeur légère; aucun signe infectieux aigu, les symptômes étant ceux qu'on trouve lors d'affections dites rhumatoïdes. La radiographie ne montre pas non plus des lésions accentuées des arthrites gonococciques précoces. Enfin, l'apparition très tardive, plusieurs années après l'infection, et la localisation habituelle aux membres inférieurs sont des caractères habituels de l'affection.

Le diagnostic est affirmé lorsque la recherche du gonocoque est positive et surtout sur l'action thérapeutique rapide des médicaments antigonococciques. En outre, la réaction de fixation du complément avait été considérée par certains auteurs comme particulièrement importante. S. et F., qui l'ont recherchée dans plusieurs cas, croient au contraire qu'on ne doit lui attribuer de valeur que lorsque ses résultats cadrent avec les faits cliniques ou les résultats positifs des recherches de laboratoire. Ils considèrent par conséquent que le diagnostic de l'arthrite gonococcique tardive est souvent très difficile à poser et qu'il serait souhaitable que nous possédions une méthode plus sûre et plus constante que le sérodiagnostic pour affirmer la nature gonorrhéique des phénomènes observés.

G. Dreyfus-Sée.

F. Wirtz. *Le diagnostic de l'arthrite gonococcique tardive (Réponse à l'article de Schrader et Faber)* [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 27, 7 Juillet 1933]. — W. s'élève contre l'interprétation faite par Schrader et Faber de sa description de l'arthrite gonococcique tardive. Il souligne les difficultés fréquentes du diagnostic qu'il a signalées lors de sa première publication, et confirme l'avis de ses contradicteurs en ce qui concerne l'incertitude habituelle des moyens de laboratoire. Cependant, la vraisemblance du diagnostic étiologique de blennorragie demeure dans nombre de cas et les conclusions thérapeutiques donnent raison à cette suspicion.

G. Dreyfus-Sée.

R. Noack. *Ptose du tractus digestif après phrénicectomie gauche* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 27, 7 Juillet 1933). — La phrénicectomie, dont les résultats thérapeutiques paraissent très limités dans la cure de la tuberculose, offrirait en outre d'après N. de graves inconvénients en ce qui concerne le fonctionnement du tube digestif.

Il a observé à plusieurs reprises des phénomènes

de constipation opiniâtre et douloureuse avec troubles gastriques : sensation de plénitude, nausées et même vomissements fréquents lors des repas. L'examen radiologique montrait chez ces sujets une ptose avec déplacement notable du côlon transverse, angulation au niveau du ligament phréno-colique et rétention de gaz ainsi que déplacement de l'estomac et du duodénum.

De pareils phénomènes, perturbant le fonctionnement du tube digestif, peuvent avoir un retentissement néfaste sur l'état général du malade et inhiber ou même annihiler définitivement les processus de guérison que l'on désirait stimuler.

G. Dreyfus-Sée.

MONATSSCHRIFT für KREBSBEKAMPFUNG (Munich)

Walter Hauser. *Cancer et traumatisme* (*Monatsschrift für Krebsbekämpfung*, t. 1, n° 6. 11 Juillet 1933). — H. étudie dans ce travail les cas de cancer mis en relations avec un traumatisme antérieur. Il répartit ces cas en quatre groupes suivant que les relations sont *a*) certaines ; *b*) vraisemblables ; c) possibles, ou encore *d*) invraisemblables. Tout d'abord en ce qui concerne les cancers survenus à la suite de plaies de guerre, il y a lieu de remarquer qu'ils sont peu nombreux et attribuables à un trouble dans la guérison des plaies.

Parmi les cancers survenus à la suite de plaies de temps de paix il en a été observé par H. 104 qui concernent la peau. Sur ce nombre il en est seulement 12 dans lesquels les relations du cancer et du traumatisme sont certaines ; dans 21 autres cas elles sont vraisemblables. Sur 81 cas de cancers du sein il n'en est qu'un qui puisse être attribué avec certitude à un traumatisme. De même, un cas de cancer de la langue sur 5, est apparu sur une cicatrice de brûlure survenue deux ans auparavant. Il n'a pas été constaté de cas de cancer de l'œsophage rattachable à une brûlure.

Le cancer de l'estomac n'a jamais pu, non plus, être attribué avec certitude à un traumatisme. Le cas de Kaufmann est trop sommaire pour qu'il soit possible d'en tenir compte. Sur 12 cas de cancers de l'intestin, du foie ou du pancréas on en a trouvé deux qui avaient des relations vraisemblables avec un traumatisme. Il n'a pas été trouvé de cancer des organes génitaux de la femme qui rentre dans le groupe *a*. De même, tous les cancers du pénis rentrent dans le groupe c.

H. donne ensuite les observations de 5 malades chez lesquels il a été observé un cancer survenu à la suite de plaies ou d'ostéomyélite ; dans aucun de ces cas la relation ne paraît établie. Dans l'un d'eux d'ailleurs, il s'agirait de cancer gastrique survenu à la suite d'un ulcère. Il faudrait donc savoir si le traumatisme peut déterminer un ulcère gastrique ayant ultérieurement dégénéré en cancer.

Dans l'ensemble, sur 262 cas, H. en a trouvé 12 qui peuvent avec certitude être rattachés à un traumatisme unique, en général par suite d'un trouble dans la guérison de la plaie. La plupart des cas publiés sont d'ailleurs décrits d'une façon très insuffisante.

P.-E. Morhardt.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Feiler. ***Sur un cas de pachyméningite hémorragique latente à évolution chronique et se terminant par la mort*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, n° 24, 10 Juin 1933). — On connaît les difficultés de diagnostic de la pachyméningite hémorragique, retrouvée de façon banale au cours des autopsies pratiquées systématiquement, et phénomène accessoire au cours de divers états cérébraux, ainsi que chez les artério-scléreux et chez les alcooliques chroniques. F. a observé un homme de 51 ans, se plaignant de céphalée le forçant à se coucher, et disparaissant dans le décubitus ; sa marche est indécise, il avance avec précaution, sans remuer la tête, tant la céphalée, qui lui donne l'impression d'avoir la tête serrée dans un bonnet trop étroit, est intense. Il y a quelques troubles du jugement et de l'attention. On note dans les mois qui suivent un affaiblissement de la vision, quelques hémorragies de la macula ; puis la céphalée augmente cependant que s'installe une somnolence d'ailleurs coupée de rémissions ; radiographie du crâne négative ; dans le liquide céphalo-rachidien dont la pression est normale, Bordet-Wassermann négatif, Pandy + + et forte lymphocytose. La P. L. fait disparaître les maux de tête pendant quelques jours. Enfin cette longue histoire clinique qui se déroule durant six années se termine par la mort avec fièvre et phénomènes convulsifs. A l'autopsie, pachyméningite cérébrale.

G. Basch.

Porges. ***Contribution à l'étude de la technique de la sclérose des varices*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, n° 25, 1933). — La plupart des préparations utilisées dans le traitement des varices peuvent donner lieu à des escarres, pour peu qu'une certaine quantité du liquide sclérosant soit injectée en dehors de la veine ; les préparations sucrées elles-mêmes, qui sont actuellement en vogue, ne mettent pas à l'abri de cet inconvénient, et l'auteur en traitant de fines télangiectasies à l'aide de solutions sucrées a vu apparaître des phlyctènes et de menues escarres : d'où l'importance qu'il y a à observer une technique rigoureuse.

Il est tout d'abord indiqué de faire l'injection, la jambe du malade étant horizontale ; en outre, il est utile, pour obtenir une sclérose parfaite, de vider le vaisseau, soit avec le doigt, soit à l'aide de deux liens suffisamment larges, que l'on place à quelque distance l'un de l'autre, ce qui a l'avantage d'immobiliser la veine et d'éviter la trop grande dilution du liquide sclérosant et son passage dans la circulation générale. P. utilise en outre pour l'injection un embout spécial avec robinet, et à trois voies. L'injection doit être faite le plus souvent lentement, l'injection brutale étant réservée aux varices très larges. Pour éviter la nécrose du trajet de piqûre, on fera une compression avec le doigt ou avec un tampon. Enfin, on utilisera des préparations salicylées ou sucrées dont les indications respectives ne sont pas clairement définies.

G. Basch.

Wertheim. ***Psoriasis des muqueuses buccales*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, n° 27, 1er Juillet 1933). — Tous les auteurs s'accordent pour affirmer la grande rareté du psoriasis des muqueuses ; quelques cas ont cependant été relatés, en particulier par Kren et par Rusch. W. rapporte l'observation d'un homme de 56 ans, grand fumeur, atteint d'un psoriasis vulgaire typique, et qui présentait au niveau des première et deuxième molaires supérieures un foyer triangulaire blanc jaunâtre, de surface légèrement verruqueuse, et entouré d'un grand nombre de foyers miliaires se disposant sur la muqueuse jugale ; malgré la guérison du psoriasis cutané par les rayons solaires, la lésion muqueuse resta inchangée, et une biopsie pratiquée montra un épaississement épithélial, avec œdème intercellulaire, élargissement du *stratum granulosum* ainsi que de la couche cornée. Il ne s'agissait pas dans cette observation de leucoplasie, ni de lichen, mais sans doute de leucokératose psoriasique (Schütz).

G. Basch.

Oppenheim et **Fessler.** ***Traitement de la blennorragie et du psoriasis par la trypaflavine et inconvénients de ce traitement*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, n° 27, 1er Juillet 1933). — A propos d'un cas récent de Kartagena et Ramel, relatant un accident mortel après injection de trypaflavine (un jour sur deux 8 cmc d'une solution à 8 pour 100, dose totale 1 gr. 28), O. et F. relatent leurs résultats personnels. Ils traitent par la trypaflavine la blennorragie et le psoriasis ; ils ont observé après les injections de la fièvre, des vomissements et des nausées, des battements de cœur, de la céphalée, de l'albuminurie ; il ne faut pas passer outre aux signes d'intolérance, éviter de prescrire de la résorcine en même temps, pour obvier aux photosensibilisations ; il faut surveiller les urines. Les auteurs relatent des cas d'ictère ayant succédé à cette thérapeutique.

G. Basch.

BRUXELLES MÉDICAL

J. L. Wodon et **Carl Van Bogaert** (Bruxelles). ***Notions actuelles sur la pathogénie de la pyélonéphrite gravidique*** (*Bruxelles Médical*, t. XIII, n° 34, 25 Juin 1933). — L'infection urinaire, dans la grande majorité des cas par le colibacille, peut s'effectuer non seulement par voie ascendante canaliculaire directe, mais aussi par voie sanguine, les colibacilles passant des intestins dans le courant circulatoire et, de là, atteignant les reins, le bassinet et l'uretère.

Les pyélographies obtenues après injections intra-veineuses d'une substance opaque (uroselectan, abrodil) chez une centaine de femmes enceintes montrent que l'aspect morphologique de l'appareil urétéro-pyélique est au cours des 4 premiers mois de la grossesse absolument normal. Mais dès le 5e mois, la dilatation apparaît dans 56 pour 100 des cas, d'abord au niveau de l'uretère, puis du bassinet. Au cours des 7e et 8e mois, l'augmentation de volume de l'appareil urétéro-pyélique est plus marquée et plus fréquente (80 pour 100 des cas). A l'approche du terme de la gestation, la dilatation est constante : dans 80 pour 100 des cas, elle est bilatérale ; dans 15 pour 100, uniquement gauche ; dans 2 pour 100 uniquement droite.

Ces modifications morphologiques, dilatation du bassinet et de l'uretère, coudure de l'uretère, glissement des uretères en dehors du psoas, sont physiologiques au cours de la grossesse, elles disparaissent progressivement dans les 2 premières semaines après l'accouchement. Elles conditionnent probablement le développement de la pyélonéphrite gravidique. La dilatation de l'uretère pelvien se rencontre dans 50 pour 100 des cas de pyélonéphrite gravidique alors qu'elle est rare chez les femmes enceintes normales. Cependant, il n'est guère possible d'espérer orienter un diagnostic de pyélonéphrite gravidique en se basant sur un examen radiographique de l'appareil urétéro-pyélique rendu opaque.

Robert Clément.

LE SCALPEL (Bruxelles)

A. Hustin. ***Enregistrement continu des températures de l'homme normal et des malades soumis à l'injection intra-veineuse de vaccin antigonococcique*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 21, 27 Mai 1933). — Il est intéressant de suivre pas à

pas les variations de la température au cours de chocs thérapeutiques, provoqués par l'injection intra-veineuse d'un vaccin, d'une albumine ou d'une suspension colloïdale. Pour cela, on emploie des thermomètres enregistreurs qui permettent d'obtenir une courbe thermique presque continue.

Le principe du thermomètre inscripteur, utilisé par H., est la luminosité du tube capillaire du thermomètre à mercure dans sa partie située au-dessus du mercure, lorsqu'on le soumet à un courant de haute fréquence. Si l'on applique sur la tige thermométrique une bande de papier photographique, on voit apparaître sur celui-ci, lors du développement, un trait noir assez étroit de la longueur de la partie éclairée du tube capillaire; l'extrémité inférieure du trait indique le point le plus élevé de la colonne mercurielle. En faisant défiler par saccades devant la tige du thermomètre une bande de papier sensible, on obtient des bâtonnets noirs, parallèles les uns aux autres: leurs extrémités inférieures forment une courbe qui correspond au diagramme de la température. L'expérience a montré qu'on pouvait se contenter d'impressions se renouvelant toutes les 2 minutes 1/2 et même toutes les 10 minutes.

H. a pris parallèlement la température rectale avec un thermomètre coudé, la température axillaire avec un thermomètre maintenu par un support spécial, le bras rabattu le long du corps, et celle de la paume de la main fermée, main et avant-bras étant introduits dans un bandage en nidrose capitonnée qui renforce la protection du membre contre le froid et assure la fixité du thermomètre. Grâce à cette claustration, on a ainsi la température cutanée pure de la main, plus élevée que celle de la main laissée en plein air.

Chez le sujet sain, la température ne varie que très peu; elle tombe pendant la nuit (de 21 heures à 6 heures) et s'élève pendant la journée. Entre le chiffre le plus élevé et le chiffre le plus bas, l'écart est d'un degré environ. Les trois courbes correspondant aux températures du rectum, de l'aisselle et de la main sont exactement parallèles; la rectale est la plus élevée, celle de la main, la plus basse, celle de l'aisselle tient le milieu. Entre le rectum et la main, il y a un écart de 7/10 de degré environ. La température axillaire semble un compromis entre la température centrale et la température cutanée pure.

L'injection intra-veineuse de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur de Paris ne modifie d'abord pas les courbes thermiques pendant 30 à 40 minutes, puis rapidement (3° en 2 heures) la température rectale atteint 40°, se maintient à ce niveau pendant un certain temps, descend en pente douce pour revenir à son point de départ au bout de 10 heures. La température axillaire suit assez fidèlement la température rectale à quelque 1/10 de degré au-dessous d'elle. Au contraire, la température de la main subit une courbe inattendue: à l'ascension rectale correspond une chute brusque à 35° et même au-dessous. Elle se maintient à ce niveau pendant une demi-heure à 1 heure, avec parfois quelques oscillations, elle remonte ensuite en flèche pour atteindre son maximum toujours inférieur à celui du rectum et redescendre parallèlement aux 2 autres courbes, mais un peu au-dessous.

Pendant toute la durée de l'hyperthermie périphérique, les malades se sentent mal à l'aise; la montée terminale de la température superficielle s'accompagne de sensation de bien-être. Quand les transpirations se montrent, les différentes courbes thermiques ont déjà esquissé leur descente définitive depuis un certain temps.

La courbe de la température de la main est marquée par 2 variations en sens contraire, une chute provoquée par une vaso-constriction périphérique, une ascension déterminée par une vaso-dilatation. On peut en conclure que le choc qui suit l'injection intra-veineuse d'un vaccin provoque d'abord l'excitation du système nerveux sympathique, puis dans une deuxième phase, le para-sympathique.

Robert Clément.

ACTA PATHOLOGICA ET MICROBIOLOGICA SCANDINAVICA
(Copenhague)

S. C. Jensen. *Titrage de la toxine et de l'antitoxine chez le lapin par la méthode intradermique* (*Acta pathologica et microbiologica Scandinavica*. Suppl. XIV, 1933). — Ce gros mémoire, fruit de plusieurs années de recherches, retiendra l'attention des bactériologistes. Jusqu'ici, en effet, pour apprécier de très faibles quantités d'antitoxine diphtérique on ne disposait que de méthodes impraticables (méthode classique d'Ehrlich) ou peu satisfaisantes (méthode intradermique de Römer chez le cobaye). Le procédé intradermique de J. appliqué chez les lapins donne des résultats plus exacts, plus rapides; il est plus économique et permet, en employant des quantités de substances extrêmement minimes, de déterminer des quantités très petites de toxine diphtérique (1/3.000 de dose minima mortelle) aussi bien que des doses infimes d'antitoxine (1/300.000e d'unité antitoxique) et que des doses énormes.

La première section de ce travail renferme d'abord la définition des différentes unités employées pour mesurer la toxine et l'antitoxine diphtériques, puis les techniques précédemment employées pour le titrage des petites quantités de toxine et d'antitoxine.

La deuxième section est consacrée à la méthode intradermique de J. Dans une première partie, il étudie les bases expérimentales, d'abord les symptômes et la réaction intradermique à la toxine diphtérique chez le lapin, puis les processus histologiques en jeu. Ensuite, il passe en revue les divers facteurs (température, pH des dilutions, teneur en électrolytes, vitesse de réaction et durée du temps de combinaison, particularités individuelles des toxines des sérums) qui influencent souvent de façon considérable le titrage par la méthode intradermique. Il y a là une étude approfondie et systématique de la stabilité des dilutions de toxine et d'antitoxine dans des conditions très variées.

La seconde partie de cette section traite des généralités sur le titrage de la toxine par voie intradermique chez le lapin. J. s'occupe d'abord de la toxicité directe, définissant la D.R.M. (*dosis reagens minima*) et indiquant ses variations chez les différents lapins, puis de la toxicité indirecte (mélanges de toxine et d'antitoxine), définissant la LR (seuil de réaction) et la dose LR/3.000, la plus petite quantité de toxine qui, mélangée avec 1/3.000e d'unité antitoxique d'un sérum-étalon, après 4 heures de séjour à 37°, injectée sous un volume total de 0 cmc 1 à pH 7,4 dans le derme du lapin, provoque une réaction correspondant à la D.R.M.

Dans la troisième partie, se trouve la description minutieuse de la mise en œuvre de la méthode avec tous les détails pratiques nécessaires pour l'exécution des dilutions et des injections intradermiques et pour la lecture des résultats. Une copieuse illustration permet de suivre toutes les étapes. J. discute ensuite l'exactitude de la méthode et indique comment on détermine l'erreur moyenne qui est faible et peut encore être réduite en faisant plusieurs titrages de la substance à examiner.

Enfin, J. donne une technique pour le titrage des toxines utilisées dans la réaction de Schick et pour la détermination de l'innocuité des toxoïdes (anatoxine).

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

T. J. Dry. *Avitaminose chez les indigènes de la Rhodésie. Traitement du scorbut épidémique par les injections intraveineuses de citron* (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 5, Mai 1933). — D. a observé parmi les Cafres embauchés pour la construction d'une ligne de chemin de fer en Rhodésie, malgré une alimentation théoriquement convenable, une vaste épidémie de scorbut. Il examine à ce propos les multiples facteurs qui peuvent intervenir pour favoriser le développement de l'avitaminose C: dépaysement, changement d'habitudes alimentaires, répulsion pour des légumes verts inaccoutumés, cuisson trop prolongée, surmenage physique, dépression psychique, infections en général et intestinales (helminthiase), en particulier, rendant plus aisé le développement de l'avitaminose et qui sont favorisées en retour par cette dernière. L'influence du sexe et de la race entre aussi en ligne de compte.

La cause des hémorragies, lésions fondamentales du scorbut, reste obscure. L'anémie ne semble pas due seulement à la sous-alimentation, à la spoliation sanguine et aux infections intercurrentes, mais encore à un fonctionnement défectueux de la moelle osseuse, relevant du manque prolongé de vitamine C. Le traitement provoque une réticulocytose accentuée dès le troisième jour, avec maximum au huitième jour.

Outre les symptômes habituels, D. a noté souvent de l'héméralopie et des œdèmes plus ou moins étendus, analogues aux œdèmes par sous-alimentation et dus vraisemblablement à la diminution globale des protéines du plasma.

Dans la plupart des cas l'ingestion de citron s'est montrée très efficace pour combattre les effets de la privation de vitamine C. Dans les cas graves, D. a injecté par voie veineuse à la dose de 5 à 15 cmc du jus de citron ou d'orange recueilli aseptiquement, mais non stérilisé, et neutralisé par de la soude, ce qui n'altère pas sensiblement ses propriétés antiscorbutiques quand on l'emploie aussitôt après. Les résultats furent excellents et très rapides.

P.-L. Marie.

M. Sturtevant. *Le spasme du cardia* (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 5, Mai 1933). — C'est de la dilatation essentielle de l'œsophage ou mégaœsophage dont il a observé 13 cas que S. traite sous ce titre dans ce travail qui constitue une bonne revue générale de la question. Notons toutefois que les recherches françaises sur le sujet sont à peu près passées sous silence.

Du point de vue de la pathogénie S. fait jouer le rôle principal au spasme du cardia dans lequel peut intervenir une irritabilité réflexe du vague ainsi que la disposition des fibres musculaires du diaphragme déterminant un phrénospasme avec dilatation secondaire de l'œsophage.

Contrairement à l'ordinaire, les femmes prédominaient chez les malades de S. Aucun n'était alcoolique ni tabagique. Ils étaient âgés de 24 à 75 ans et l'affection avait débuté de 17 à 72 ans.

Le symptôme principal n'est pas toujours la dysphagie, ce qui peut occasionner des erreurs. Un des malades de S. se plaignait de ressentir des coups de couteau dans la région précordiale et d'avoir des vomissements matinaux; un autre de douleur épigastrique. Aucun des malades de S. ne présentait des symptômes nerveux ni de maladie associée de quelque importance.

Dans le mégaœsophage, la radiographie est préférable à l'œsophagoscopie qui peut causer des accidents. S. a observé une mort sans raison apparente au cours de cette intervention dont l'avantage est d'éliminer d'autres maladies, le cancer en

particulier. La radiographie montre sans risques la dilatation en fuseau ou en saucisson de l'œsophage.

La durée de la maladie varia de 10 mois à 13 ans dans les cas de S.; Snodgrass cite une durée de 52 ans.

Le traitement médical (atropine, pilocarpine, adrénaline, etc.) est inefficace ou d'action trop passagère. Le traitement de choix est la dilatation instrumentale par voie haute, préférable aux diverses cardioplasties, et qu'on peut faire avec de simples bougies, mais qu'on exécutera de préférence avec des dilatateurs spéciaux. S. a surtout employé le dilatateur hydrostatique de Planner et celui de Lereb tout en caoutchouc. Il a eu un décès avec le premier de ces instruments. Il suffit en général de 2 à 5 séances. La mortalité est d'ordinaire très faible et les résultats très bons, surtout si le traitement a pu être précocement institué.

P.-L. Marie.

H. A. Singer. ***Syphilis de l'estomac; considérations sur la signification des spirochètes*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 5, Mai 1933). — En présence de lésions gastriques dans lesquelles on trouve des spirochètes ressemblant à *Tr. pallidum*, on est tenté de conclure à l'existence de syphilis. S. montre combien une telle opinion est sujette à caution. Les quelques cas de ce genre où l'on a cru pouvoir identifier des tréponèmes (Mc Nee, Warthin, Welch, etc.) apparaissent à l'analyse comme des plus contestables; pour d'autres faits il s'agit de confusions bibliographiques. Les spirochètes décrits, souvent très nombreux, ce qui est l'exception dans les lésions tertiaires, sont manifestement des saprophytes d'origine buccale qui prolifèrent dans les tissus nécrosés où l'on rencontre souvent en même temps des bacilles fusiformes.

Il en fut de même dans les cas de syphilis gastrique pourtant incontestables que rapporte S. Il s'agissait d'un jeune homme de 22 ans, souffrant depuis 10 mois de douleurs épigastriques à type de crampes survenant à la fin des repas et progressivement croissantes, qui s'accompagnaient de vomissements souvent noirs, avec perte de poids considérable, d'hypochlorhydrie, de déformation irrégulière, en anneau, située au voisinage du pylore, mais ne l'envahissant pas, de réaction de Wassermann positive, et chez lequel le traitement spécifique avait commencé à agir, mais avait été interrompu parce qu'on pensait à un cancer. La résection gastrique fut suivie de péritonite mortelle. L'aspect macroscopique des lésions paraissait légitimer le diagnostic de syphilis: il existait en effet une infiltration mal limitée, assez peu consistante, présentant dans la région où elle était le plus prononcée une ulcération serpigineuse de forme irrégulière, sans adénopathie, et on trouvait en outre une aortite syphilitique. Histologiquement, pas de lésions cancéreuses, mais des altérations de caractère inflammatoire assez banal, dénuées de valeur diagnostique, sans lésions vasculaires spéciales, si bien qu'on pouvait se demander s'il n'y avait pas là plutôt un granulome chez un syphilitique qu'une syphilis véritable de l'estomac. Quant aux spirochètes trouvés qui étaient situés exclusivement à la surface de l'ulcération, soumis à l'examen de spécialistes qualifiés, ils furent déclarés atypiques et de valeur douteuse.

En somme, c'est avant tout sur la clinique que doit se fonder le diagnostic de syphilis gastrique. L'examen bactériologique, y compris l'inoculation au testicule du lapin, est trompeur.

P.-L. Marie.

F. C. Wood et **Ch. C. Wolferth.** ***Occlusion expérimentale des coronaires; insuffisance des trois dérivations conventionnelles pour enregistrer les changements caractéristiques du courant d'action dans certaines régions du myocarde*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 5, Mai 1933). — On sait que dans certains cas un infarctus subit du myocarde détermine des modifications caractéristiques dans le complexe ventriculaire de l'électrocardiogramme. Mais, dans d'autres cas, on ne peut mettre électrocardiographiquement la présence de l'infarctus sans qu'on ait jusqu'ici bien pu en saisir les raisons. Les applications cliniques et expérimentales de cette méthode s'en trouvaient donc forcément limitées.

Chez le chien, W. et W. ont de même constaté qu'avec les dérivations conventionnelles, l'occlusion de la branche postérieure circonflexe de l'artère coronaire gauche ou de ses grosses branches descendantes est suivie au bout de 2 minutes d'une ascension très frappante de l'intervalle RS-T au-dessus de la ligne isoélectrique tandis que l'oblitération de la coronaire droite et de la branche descendante de la coronaire gauche n'ont que peu ou pas d'effet sur l'électrocardiogramme en dépit des troubles du fonctionnement cardiaque.

Mais si l'on a recours à des dérivations autres que les classiques, en particulier en mettant les électrodes directement sur la surface du cœur, on voit se manifester la déviation de l'intervalle RS-T 2 minutes après l'occlusion, soit de la coronaire droite, soit de la branche descendante de la coronaire gauche si l'une des électrodes est placée sur la zone où siège l'infarctus, la direction de la déviation, ascension ou dépression, dépendant de l'électrode appliquée au-dessus de l'infarctus. Il est donc évident que l'absence de modifications de l'intervalle RS-T, à la suite de l'infarctus antérieur du myocarde, est due simplement à un défaut d'enregistrement de la modification électrique survenue, et non au fait qu'il ne s'est pas produit de changement dans le courant d'action.

Si, en plus des trois dérivations habituelles, on place les électrodes au devant et en arrière du thorax tout en assurant une bonne conduction de toute la surface du cœur à la surface du corps, on voit survenir des modifications dans le courant d'action chaque fois qu'une coronaire ou une des branches est obturée. La déviation de l'intervalle RS-T après occlusion de la coronaire gauche antérieure descendante n'apparaît que dans cette conduction thoracique antéro-postérieure. Quand on place les électrodes dans cette position, un infarctus situé au voisinage de l'électrode thoracique antérieure détermine une dépression de cet intervalle tandis qu'un infarctus siégeant près de l'électrode postérieure produit une élévation. La direction de la déviation de l'intervalle et la conduction dans laquelle elle apparaît au maximum servent à indiquer le siège de l'infarctus et il est probable que l'on pourrait arriver à obtenir également chez l'homme une localisation électrocardiographique plus exacte des infarctus myocardiques en utilisant des dérivations thoraciques en plus des trois dérivations classiques, car l'infarctus du myocarde récemment observé par W. et W. est venu confirmer cette opinion.

Il n'est pas nécessaire, pour qu'il se produise une déviation de l'intervalle, qu'il existe des modifications dans la circulation coronarienne ou dans la circulation générale autres que celles résultant de l'occlusion d'une coronaire.

W. et W. n'ont pas déterminé exactement la taille de l'infarctus nécessaire à l'apparition des modifications de l'intervalle enregistrables à partir de la surface du corps, mais il est certain que des infarctus relativement petits suffisent.

P.-L. Marie.

W. M. Yater, J. Markowitz et **R. F. Cahoon.** ***Consommation du sucre sanguin par le muscle dans le diabète et en dehors du diabète*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 5, Mai 1933). — Y., M. et C., en utilisant la préparation cardio-pulmonaire transfusée, ont trouvé, comme Knowlton et Starling, que le muscle cardiaque du chien normal consomme 4 milligr. de glycose par gramme et par heure de travail et que, par contre, le muscle cardiaque du chien, rendu diabétique par pancréatectomie, consomme moins d'un quart de cette quantité, chiffre qui correspond aux besoins en glycose du muscle locomoteur au repos des chiens privés de foie; le muscle diabétique au travail (cœur) consomme donc à peu près autant de sucre que le muscle locomoteur au repos par unité de poids et il semble déjà que le sucre sanguin, lorsqu'il existe du diabète, n'est pas utilisable à la production de l'énergie qu'implique la contraction musculaire du cœur.

Pour approfondir la question, Y., M. et C. ont fait des expériences sur des chiens privés de foie. Ils ont vu qu'à la suite de l'ablation du foie, l'injection intraveineuse de 0 gr. 25 de glycose par kilogramme et par heure suffit à maintenir la glycémie au taux normal, mais que, lorsqu'on détermine des contractions musculaires violentes au moyen de la strychnine chez les chiens hépatectomisés, l'injection continue de cette quantité de glycose ne suffit plus à maintenir le niveau du sucre sanguin qui, au bout de 5 heures, tombe progressivement à des valeurs hypoglycémiques. Mais si l'on injecte dans les veines de chiens rendus diabétiques et ayant subi l'hépatectomie du glycose à raison de 0 gr. 25 par kilogramme et par heure une fois que l'hyperglycémie initiale a disparu et fait place à un taux normal, on constate une élévation lente et progressive de la glycémie et Y., M. et C. estiment qu'on pourrait arriver à maintenir cette dernière à un niveau à peu près normal en injectant 0 gr. 19 de glycose par kilogramme et par heure.

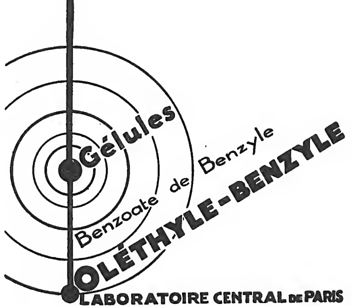
De leurs expériences, ils concluent que les besoins en glycose du muscle locomoteur au repos sont les mêmes chez l'animal diabétique que chez l'animal normal, mais que pendant le travail musculaire le besoin en glycose du muscle de l'animal normal est accru, tandis que chez le chien diabétique la contraction musculaire ne détermine pas une consommation supplémentaire de glycose, ce qui paraît tenir à ce que le diabète réalise un état dans lequel la molécule du glycose n'est pas utilisable par le mécanisme qui détermine la production de tension dans le muscle. Il semble bien qu'un des rôles de l'insuline soit d'élaborer la molécule de glycose de façon à la rendre utilisable dans ce but.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Schamberg et **Wright.** ***Un cas de mort après une injection intramusculaire de bismuth*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 6, Juin 1933). — Les accidents graves dus au bismuth sont relativement rares, puisque les auteurs ont pu faire 75.000 injections bismuthiques sans accidents sérieux. Cependant en 1932, Peerman pouvait recueillir dans la littérature 35 cas de morts dus au bismuth depuis 1922.

S. et W. rapportent un nouveau cas chez un homme de 51 ans, atteint de syphilis secondaire floride, particulièrement sensible aux arsénobenzènes, car la main du malade ayant été au contact de quelques gouttes de solution de novarsénobenzol provenant d'une piqûre faite à un malade précédent, il s'ensuivit une dermite inflammatoire aiguë de la main et du poignet qui dura 24 heures. En raison de cette hypersensibilité, on décida de traiter ce malade seulement par le bismuth. Le malade reçut 15 injections de salicylate de bismuth faites dans les fesses à 3 ou 4 jours d'intervalle. Ces injections furent bien supportées.


HYPERTENSIONS
ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE LISSE
Gélules
Benzoate de Benzyle
OLÉTHYLE-BENZYLE
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg St Honoré
PARIS VIIIe

La seizième piqûre fut faite normalement, en 2 temps, suivant les règles, lentement, et aucune goutte de sang ne fut notée dans l'aiguille.

Une minute après la piqûre, le malade devient cyanosé; on fait immédiatement une piqûre d'adrénaline. Mais la cyanose augmente; les yeux se congestionnent, les lèvres se tuméfient et bleuissent. On fait une deuxième injection d'adrénaline.

La respiration devient oppressée et le pouls plus faible. Une injection intracardiaque d'adrénaline ne donna aucun résultat. Et le malade mourut 25 minutes après l'injection bismuthique. L'autopsie ne put être faite.

Dans ce cas, on ne put constater aucun signe d'embolie; il s'agit sans doute de choc colloïdoclasique. Ce tableau clinique a été noté dans les cas de Beermann; mais il s'agissait ordinairement d'injection intraveineuse et non pas d'injection intramusculaire.

Il était réellement impossible de prévoir dans ce cas l'issue fatale. R. Burnier.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (Chicago)

A. J. Walton (Londres). ***Ulcères peptiques artificiels chez l'homme*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. LVI, n° 6, Juin 1933). — Après avoir passé rapidement en revue les diverses manières d'obtenir artificiellement des ulcères de l'estomac et conclu en admettant l'importance de la neutralisation de l'acidité du suc gastrique par les liquides duodénaux, W. publie deux observations à l'appui de cette opinion.

I. Ulcère peptique après gastrectomie et pancréatectomie partielles. Il s'agit d'un homme de 38 ans ayant souffert de 1906 à 1913 de troubles gastriques rappelant un ulcère de l'estomac. En Juin 1913, il est opéré pour un volumineux ulcère cancer de la partie moyenne de l'estomac: gastrectomie partielle, ablation du corps du pancréas entier à partir de son col. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un simple ulcère calleux. Guérison après abcès sous-phrénique.

En 1916, retour des troubles gastriques. En 1921, on pense à un ulcère jéjunal qui est ultérieurement confirmé par la radioscopie. En Septembre 1922, gastrectomie large et rétablissement de la continuité par un Polya après résection de l'anse anastomosée.

Guérison qui se maintient.

II. Ulcère peptique après cholécystentérostomie pour pancréatite. Un homme de 52 ans, vu en Juillet 1929, est atteint d'ictère depuis 4 mois, qui augmente peu à peu; amaigrissement: foie uniformément hypertrophié, non douloureux; vésicule non perceptible.

Intervention. Pancréas uniformément dur et hypertrophié, tête et corps; vésicule distendue, mais cachée sous le foie hypertrophié. Pas de métastases, ni de calculs. Il n'est pas possible d'anastomoser la vésicule avec l'estomac ou le duodénum, aussi pratique-t-on une cholécysto-entérostomie sur une anse grêle. Guérison avec disparition de l'ictère.

En Janvier 1930, réapparition d'accidents ayant les caractères d'un ulcère avec hémorragie intestinale sérieuse. Les accidents disparaissent en Avril après un traitement médical approprié.

Nouvelle hémorragie intestinale en Janvier et en Août 1931.

En Septembre, intervention. Adhérences dans toute la région de la vésicule et, sur la première portion du duodénum, un noyau induré. Le bout afférent de l'anse dans laquelle s'ouvre la vésicule est alors abouché dans l'estomac par gastroentérostomie antérieure.

Guérison. Revu à plusieurs reprises depuis lors, il reste bien guéri. M. Guibé.

A. G. Miller, C. H. Schulz et **D. W. Anderson** (Hobart, Indiana). ***La période conceptionnelle chez la femme adulte normale*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. LVI, n° 6, Juin 1933). — Pour que la conception soit possible, il faut que spermatozoïdes et ovule vivants se rencontrent. Or, ces deux éléments n'ont qu'une vitalité assez courte, deux à trois jours pour les spermatozoïdes, un jour seulement pour l'ovule, dès qu'ils ont été mis en liberté et détachés de leur centre nutritif.

Chez une femme normalement réglée, la période d'ovulation est toujours la même et dépend de la durée du cycle menstruel. C'est ainsi que pour un cycle de 26 jours, la période d'ovulation va du 9e au 13e jour; pour un cycle de 28 jours du 11e au 15e; pour un cycle de 30 jours, du 13e au 17e jour. C'est là la période conceptionnelle. Tout coït pratiqué en dehors de ces dates restera infécond; au contraire, pendant cette période, il peut aboutir à une grossesse.

C'est le résultat auquel sont arrivés les auteurs par des observations statistiques.

Dans un cas, 48 cohabitations en un an, toutes en dehors de la période conceptionnelle, n'ont donné aucun résultat. Sur 87 couples apparemment normaux, 725 copulations pratiquées immédiatement avant ou après les règles n'ont donné aucun résultat. Dans tous les cas au contraire où il y a eu grossesse, il y avait eu copulation pendant la période conceptionnelle. Il est donc bien prouvé qu'il y a chez la femme normale régulièrement réglée une période précise de stérilité physiologique et de même une période précise de fertilité pendant chaque cycle menstruel, celle-ci correspondant à l'époque de la ponte de l'ovule.

M. Guibé.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

A. Engel et **E. Lysholm**. ***Contribution à l'étude de la symptomatologie du cancer du pancréas*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXX, nos 1-2, 27 Juin 1933). — E. et L. attirent l'attention sur le tableau clinique caractéristique du cancer du corps et de la queue du pancréas que Chauffard a eu le mérite d'individualiser sous le nom de syndrome pancréatico-solaire, l'opposant au syndrome pancréatico-biliaire du cancer de la tête.

Le signe capital, ce sont les douleurs segmentaires, souvent irradiées. Elles ne s'accompagnaient pas d'ictère chez les malades de E. et L., ou bien l'ictère ne se montra que tardivement. Souvent aussi étendues à droite qu'à gauche, s'exacerbant généralement pendant la nuit et après les repas, s'accompagnant parfois de vomissements, elles constituèrent pendant longtemps le seul symptôme. Le caractère segmentaire de la douleur fit plusieurs fois porter le diagnostic de douleurs radiculaires liées à une tumeur extramédullaire, à une affection vertébrale, etc. Elles ne relèvent pas de métastases vertébrales, mais bien de l'irritation du plexus cœliaque. La constipation opiniâtre avec tympanisme marqué, fréquemment notée chez ces malades, a peut-être la même origine.

Dans 2 cas des symptômes de diabète se montrèrent à peu près en même temps que le cancer. Il semble s'agir alors, non d'une destruction étendue des îlots de Langerhans par la tumeur, mais d'une complication de néoplasme sous forme d'affections pancréatiques diffuses (atrophie, par exemple) ou bien encore d'une simple coïncidence.

E. et L. indiquent une méthode permettant d'améliorer l'exploration radiographique directe du pancréas. Ils font prendre à jeun, après lavement préalable, une poudre effervescente, en ayant soin que le malade n'éructe pas. On fait alors une radiographie latérale en décubitus ventral, puis une radiographie frontale. Sur la radiographie latérale, en cas de tumeur du pancréas, on note à la hauteur du pancréas une opacité homogène marquée et, de plus, une forte déviation de l'estomac en avant.

P.-L. Marie.

E. Kirk et **H. Möller**. ***A propos d'un cas de myoplégie paroxystique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXX, nos 1-2, 27 Juin 1933). — La myoplégie paroxystique se caractérise par des attaques de paralysie flasque des muscles de la vie de relation durant de quelques heures à plusieurs jours. C'est une affection rare, très gênante pour les sujets atteints et pouvant causer la mort par paralysie des muscles respiratoires. Elle offre un certain intérêt, car c'est la seule maladie où il y ait une disparition temporaire de la réaction des muscles au courant faradique, fait qui semble indiquer qu'il faut chercher la cause de la paralysie dans les muscles eux-mêmes. On ignore jusqu'ici son étiologie et sa pathogénie.

K. et M. décrivent un cas typique qu'ils ont observé chez un homme de 19 ans, sans antécédents pathologiques et chez lequel l'examen clinique ne décelait aucune anomalie. Les attaques se produisaient assez fréquemment (15 en 3 semaines, de 4 à 40 heures de durée), généralement après un dîner copieux, souvent précédées de nausées, intéressant dans les crises accentuées les muscles du dos, de l'abdomen, du cou et des 4 membres. La respiration profonde était parfois gênée. La parole, la déglutition, les fonctions de la vessie et du rectum n'étaient pas troublées. Tous les réflexes musculaires et l'excitabilité faradique disparaissaient pendant l'attaque. La circonférence des membres augmentait alors et les muscles paralysés semblaient plus fermes. On constatait aussi d'ordinaire à ce moment de l'oligurie, une légère élévation de la température rectale et une augmentation considérable dans la consommation d'oxygène. Il n'y avait pas de modifications significatives de l'excrétion de l'urée et de la créatinine et la glycémie était normale. La faible teneur du sang veineux en acide lactique pendant les attaques semblait due à la diminution de l'activité musculaire. Le pH du plasma veineux et la tension de CO^2 dans le sang veineux étaient normales. Le taux de CO^2 dans le sang veineux et le plasma étaient parfois voisins du minimum normal pendant les attaques.

Celles-ci s'atténuèrent et s'espacèrent en prescrivant au patient un repas léger le soir et en traitant sa constipation. La thérapeutique acidifiante, les inhalations d'oxygène, la caféine étaient restées inefficaces.

P.-L. Marie.

F. Winter (Rostock). ***Influence de l'insuline sur le métabolisme de l'eau chez les sujets sains et chez les diabétiques*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXX, nos 1-2, 27 Juin 1933). — Lorsqu'on étudie les diabétiques, on est frappé des variations de poids considérables qu'ils présentent et qui, par leur rapidité, ne peuvent guère être dues qu'à des troubles dans le métabolisme de l'eau.

On sait déjà que la teneur en eau du sang et des organes est diminuée chez ces malades, mais on a beaucoup discuté sur les causes de ces modifications du métabolisme de l'eau. On a d'abord pensé à des altérations de la fonction rénale, conséquences soit de l'acidose, soit d'une insuffisance rénale liée à la glycosurie. Mais les recherches de Meyer-Bisch ont montré que, déjà chez le sujet normal, le métabolisme de l'eau est influencé par la surcharge en hydrates de carbone, le lévulose produisant une augmentation de la concentration du sang tandis que le glycose agit en sens inverse, les deux sucres agissent de même façon sur le métabolisme des chlorures (retard de l'élimination chlorurée avec rétention d'eau), ce qui élimine l'intervention d'un facteur rénal et implique une modification des tissus eux-mêmes. Chez le diabétique cette mo-

dification est seulement plus accusée. W. a vu que l'insuline améliore les changements pathologiques du métabolisme des chlorures et des hydrates de carbone, tant chez les diabétiques que chez l'animal dépancréaté. D'après ces recherches, le pancréas, à côté de son rôle dans le métabolisme hydrocarboné, interviendrait comme régulateur dans la distribution et l'élimination des chlorures, avec pour corollaire les modifications du métabolisme de l'eau. L'insuline agirait en ralentissant l'écoulement de la lymphe des tissus en même temps qu'augmentent le Cl et le Ca et que diminuent l'albumine, le sucre et le K, la réserve alcaline demeurant inchangée. Ultérieurement, on a pu montrer que l'insuline, contrairement à l'adrénaline, augmente la perméabilité de la membrane cellulaire.

Les recherches de W. viennent encore établir la participation de l'insuline aux modifications observées.

Chez les sujets normaux il a vu que l'injection sous-cutanée d'insuline détermine une concentration du sang ainsi qu'en témoignent l'augmentation de la pression osmotique dans le sérum et le plasma, la répartition des éléments figurés, l'augmentation de la teneur en albumine, du résidu, l'abaissement du point de congélation et la diminution de la masse sanguine.

Chez le diabétique soumis depuis quelque temps au traitement par l'insuline, il existe déjà d'ordinaire une concentration du sang, mais qui est moindre que celle qui s'observe chez le sujet sain à la suite de l'injection d'insuline pratiquée une seule fois.

P.-L. Marie.

G. Nylin (Helsingfors). ***Epreuves cliniques de la fonction du cœur*** (*Acta medica Scandinavica*, Supp. LII, 1933). — L'insuffisance cardiaque s'accompagne d'une série de symptômes (modifications de la ventilation pulmonaire, changement dans la consommation d'oxygène, cyanose, stase pulmonaire et hépatique, variations de la masse sanguine, troubles du métabolisme de l'eau, etc.), qui traduisent chacun la diminution de l'énergie du cœur et dont on a essayé de tirer parti pour mesurer le degré de cette insuffisance.

Après avoir passé en revue les épreuves antérieurement proposées, N. décrit ses propres recherches dans lesquelles il s'est proposé de déterminer la consommation d'oxygène (avec le spiromètre de Krogh), l'utilisation de l'oxygène (méthode à l'acétylène de Grollman), et les deux données connues, le débit du cœur par minute, la pression sanguine et le nombre des pulsations avant et après un travail gradué (ascension d'un escalier spécial à une allure déterminée).

Il a constaté que chez les sujets sains l'augmentation de la consommation d'oxygène dans ces conditions varie dans des limites très étroites et se montre indépendante du poids du corps, tant que ce dernier est compris dans des limites physiologiques. Par contre, chez les cardiaques décompensés et chez les hypertendus décompensés, cette augmentation est très habituellement plus grande que chez les sujets sains, de sorte qu'elle semble mesurer fidèlement les insuffisances cardiaques prononcées, tout en ayant une valeur plus discutable dans les cas-limites. En même temps que l'insuffisance cède au traitement, on constate souvent une diminution dans la consommation d'oxygène après le travail. Bien que les cas examinés soient encore peu nombreux, N. estime qu'il y a là une épreuve fonctionnelle capable d'indiquer la présence ou l'absence d'une insuffisance cardiaque, spécialement dans les cas de névrose cardiaque, d'hypertension et d'obésité.

L'augmentation de la ventilation à la suite du travail mesure beaucoup moins fidèlement la décompensation que l'accroissement de la consommation d'oxygène.

Le nombre des pulsations, l'utilisation de l'oxygène, c'est-à-dire l'absorption d'oxygène par litre de sang, et le métabolisme-type sont augmentés au repos chez de nombreux cardiaques décompensés et hypertendus; d'un autre côté, le volume-minute et le volume-minute rapporté au mètre carré de surface du corps sont diminués. Néanmoins on ne peut pas avoir recours à ces déterminations pour apprécier la valeur fonctionnelle du cœur, car les chiffres obtenus chez les sujets sains et chez les malades décompensés empiètent parfois les uns sur les autres.

Le débit systolique rapporté au mètre carré de surface chez les malades décompensés semble être considérablement réduit, si bien que sa détermination offre une importance plus grande que celle des autres valeurs qui viennent d'être énumérées.

L'utilisation de l'oxygène à la suite d'un travail déterminé fait retour plus rapidement à la valeur au repos chez les sujets sains que dans les cas de décompensation grave.

Après un travail déterminé, le retour de la pression sanguine systolique et du nombre des pulsations à la valeur au repos se fait plus lentement chez les malades décompensés que chez les sujets normaux; mais, du fait que les valeurs relevées chez les sujets sains et chez les malades décompensés se superposent en partie, ces déterminations ne peuvent être utilisées séparément pour mesurer l'insuffisance cardiaque. D'autre part, le retour du produit de Liljestrand-Zander (amplitude réduite de la pression, c'est-à-dire l'amplitude exprimée sous forme de pourcentage de la pression sanguine moyenne × nombre de pulsations), qui se montre sensiblement parallèle au volume-minute et est un bon indicateur en pratique de la circulation, revient chez les malades décompensés bien plus lentement après un travail déterminé que chez les sujets normaux à la valeur qu'il avait au repos.

P.-L. Marie.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Akerberg. ***2 cas d'accidents primitifs tuberculeux de la peau et de la gencive*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, n° 1, Juin 1933). — A. rapporte 2 cas d'inoculation primitive du virus tuberculeux sur la peau ou les muqueuses.

Un enfant de 6 ans, bien portant, se blesse accidentellement par des éclats de verre au talon. La plaie se cicatrise très lentement et des ganglions inguinaux apparaissent. Pirquet + +. L'enfant avait toujours été sain, sans hérédité tuberculeuse; radiographie pulmonaire et hilaire normale.

9 mois après l'accident apparaît au siège de la cicatrice une formation kystique grosse comme un haricot, contenant une masse crayeuse, de nature nettement tuberculeuse au point de vue histologique.

4 ans plus tard, on nota une ostéite tuberculeuse de l'olécrane gauche, d'origine métastatique. La radiographie du poumon est toujours normale.

Chez un autre garçon de 9 ans, bien portant, sans lésions pulmonaires cliniques (la radiographie pulmonaire n'a pas été faite), on vit apparaître après avulsion dentaire une ulcération de la gencive avec adénopathie régionale caractéristique; l'inoculation était due sans doute à des instruments dentaires ou à une contamination de la plaie gingivale par du lait tuberculeux. La biopsie de la lésion gingivale montra de nombreux tubercules typiques.

R. Burnier.

Hellestrom. ***Au sujet de l'acanthosis nigricans; régression des lésions après castration*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, n° 1, Juin 1933). — A côté des cas d'acanthosis nigricans des sujets âgés, qui s'accompagnent habituellement d'un cancer viscéral, il existe des formes d'acanthosis nigricans chez les sujets jeunes, formes souvent familiales, et qui paraissent reconnaître une origine endocrinienne. Il est souvent difficile de préciser la glande atteinte, mais on sait qu'une altération pathologique d'une glande endocrine peut retentir sur les autres glandes; c'est ce qui permet de comprendre l'action de la castration dans les cas juvéniles d'acanthosis nigricans.

En 1921, Miescher rapporta l'histoire d'une famille (2 sœurs et un frère) atteinte d'acanthosis nigricans avec diabète sucré, troubles de développement, imbécillité, hypertrichose lanugineuse et chez le frère il existait en outre un plissement du cuir chevelu connu sous le nom de *cutis verticis gyrata*. Le père des enfants avait également des lésions nævoïdes, identiques histologiquement à l'acanthosis nigricans.

H. eut l'occasion de revoir en 1932 le frère, alors âgé de 34 ans, et il constata que les lésions d'*acanthosis nigricans* des aisselles, des plis génito-inguinaux avaient presque complètement disparu; la *cutis verticis gyrata* n'existait plus, le diabète était amélioré; bien que le malade ne suivît aucun régime, le sucre se maintenait à 20 gr. à peine par jour, sans complications.

Or, on sait la gravité du diabète juvénile. Une des sœurs est d'ailleurs morte en 1921 de coma diabétique.

H. trouve l'explication de cette amélioration dans le fait suivant; le malade, atteint de troubles mentaux et sexuels, en particulier d'exhibitionnisme, entra plusieurs fois en conflit avec la police et finalement fut interné à la clinique psychiatrique. En 1926, il subit la vasectomie et en 1928 la castration complète bilatérale. C'est à partir de cette époque que les lésions cutanées et le diabète s'améliorèrent.

On peut admettre que la castration, si elle n'a pas agi directement sur l'*acanthosis nigricans* et sur le diabète, a pu agir indirectement par l'intermédiaire d'autres glandes endocrines (thyroïde pancréas, hypophyse).

Quelle que soit l'interprétation de ces faits, ceux-ci sont connus et plusieurs observations de guérison d'*acanthosis nigricans* après castration ont été rapportés.

Par exemple, Spietschka a observé une femme de 20 ans qui vit apparaître un *acanthosis nigricans* 11 mois après un accouchement; un curettage répété de l'utérus ne donna aucun résultat. On pratiqua l'ablation totale de l'utérus et on trouva un déciduome malin. 4 mois 1/2 après l'opération, l'acanthosis avait complètement disparu.

R. Burnier.

Broekema. ***Koilonychie d'origine gastrique*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, n° 1, Juin 1933). — On a attribué l'aspect atrophié, mince, concave, creusé en cupule des ongles (koilonychie) à des causes diverses: eczéma unguéal, inflammation du lit de l'ongle, kératose sous-unguéale, tricophytie, syphilis.

B. a observé une koilonychie chez 2 femmes de 35 et 39 ans, atteintes de l'affection décrite par Nolen sous le nom de *chlorose chronique tardive* et par Kaznelson comme *chloroanémie achylique*. Cette anémie, qui s'observe surtout chez la femme, s'accompagne d'un trouble de la sécrétion gastrique, soit achylie, soit achlorhydrie ou hypochlorhydrie; on note également une chute des cheveux, des dents, une fragilité des ongles avec koilonychie, des rhagades sur les mains et aux commissures labiales, des vésicules sur les lèvres et la langue; souvent le bord de la langue est atrophique.

Le traitement de choix est l'administration de fer combiné avec la pepsine et de l'acide chlorhydrique. Sous l'influence de ce traitement, les altérations unguéales s'atténuent et même disparaissent.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

L'HOPITAL
(Paris)

A. Bohn. ***La splénomégalie vaccinale chez le nourrisson*** (*L'Hôpital*, t. XXI, n° 336, Juin 1933). — La vaccine est capable de provoquer chez le nourrisson une splénomégalie transitoire d'importance et de durée variables. C'est vers le 5e jour, alors qu'apparaît la vésicule vaccinale, qu'une palpation attentive permet de déceler une légère augmentation du volume de la rate. Celle-ci atteint son maximum de développement en même temps que la pustule vaccinale, c'est-à-dire du 9e au 11e jour. Sa consistance est souvent plus ferme qu'une rate normale sans être dure comme une rate syphilitique. Ensuite la splénomégalie régresse pour cesser d'être accessible à la palpation entre le 20e et le 25e jour.

Il n'y a pas de rapport direct entre l'intensité de la vaccine et l'importance de la splénomégalie. L'augmentation de volume est loin d'être constante au cours de la vaccine. On la rencontre surtout chez les nouveau-nés vaccinés peu après leur naissance; elle est plus rare dans les mois suivants.

ROBERT CLÉMENT.

PARIS-MÉDICAL

Ch. Matteï (Marseille). ***L'intoxication par l'émétine chez l'homme*** (*Paris Médical*, t. XXIII, n° 22, 3 Juin 1933). — L'intoxication par l'émétine est la conséquence d'une accumulation de l'alcaloïde dans l'organisme, comme le démontre l'étude de son élimination urinaire qui est très prolongée et discontinue.

Il faut toujours chercher les signes prémonitoires, car ils sont indispensables à la conduite inoffensive du traitement. Ce sont des symptômes digestifs : réapparition ou recrudescence de la diarrhée, nausées persistantes qui ne peuvent être attribuées comme c'est fréquent à certaines impuretés des solutions employées; des signes d'insuffisance rénale : oligurie, avec ou sans albuminurie, élévation de la constante d'Ambard; des signes circulatoires : hypotension, tachycardie, à l'effort et surtout au repos.

Si ces signes avant-coureurs n'ont pas fait suspendre immédiatement et pour six semaines au moins l'emploi du chlorhydrate d'émétine, on verra apparaître souvent des accidents toxiques graves.

Les accidents anaphylactiques sont rares au cours des reprises du traitement, plus fréquents chez les infirmiers ou préparateurs en pharmacie manipulant la drogue : dermites érythémato-vésiculeuses de la face. Après injection, on a observé cependant des plaques érythémateuses généralisées avec œdème et arthralgie.

L'intoxication émétinienne proprement dite donne lieu à des aspects cliniques variés. Les symptômes principaux sont des accidents nerveux, moteurs et sensitifs, à type polynévrite, des accidents cardiaques aboutissant à l'insuffisance cardiaque brusque ou lente. La mort est signalée 16 fois sur 70 observations soit dans 23 pour 100 des cas.

Des troubles urinaires sont presque constants, oligurie, hyperazotémie légère ou marquée. Les troubles respiratoires sont notés dans 14 pour 100 des cas connus : toux, expectoration muqueuse abondante, crise respiratoire comparable à une secousse de hoquet prolongé. Les troubles digestifs particulièrement des crises rectales violentes ont été signalés. Les accidents cutanés ne s'observent que dans 6 pour 100 des cas : éruptions purpuriques, urticaire. Les accidents oculaires sont plus rares encore, fatigue de l'accommodation, amaurose transitoire.

Le danger d'intoxication par l'émétine au cours de la cure est grand. Chez l'adulte, 0 gr. 50 en tout devra être la dose maxima de sécurité, sans pour cela dispenser de la recherche quotidienne des signes prémonitoires. La dose maxima de sécurité étant atteinte, il faut laisser trente jours au moins et même six semaines avant de recommencer le traitement.

Le thérapeute doit aussi bien connaître la toxicité accumulative du chlorhydrate d'émétine que son efficacité remarquable dans l'amibiase.

ROBERT CLÉMENT.

E. Sacquépée. ***L'immunisation contre le tétanos par l'emploi simultané de sérum et d'anatoxine antitétaniques*** (*Paris Médical*, t. XXIII, n° 22, 3 Juin 1933). — Le sérum antitétanique à titre préventif a démontré son éclatante efficacité. Mais l'action préventive conférée ne se prolonge pas au delà de 8 à 10 jours et si l'on ne répète pas les injections de sérum tous les 8 jours environ, aussi longtemps que l'état de la blessure peut faire craindre l'apparition du tétanos ou avant toute nouvelle intervention opératoire, on risque de voir se développer des tétanos tardifs ou retardés. La vaccination antitétanique par l'anatoxine, au contraire, met le sujet à l'abri du tétanos pendant très longtemps et probablement définitivement; mais l'immunité vaccinale est relativement tardive et en présence de blessés qui n'ont pas été antérieurement soumis à la vaccination préventive, la vaccination pratiquée au moment de la blessure ne produit son effet que plusieurs jours plus tard; pendant une première période, le blessé demeure susceptible de contracter le tétanos. Pour réaliser l'immunité continue, il convient donc de pratiquer simultanément la sérothérapie préventive et la vaccination.

Des expériences chez le cobaye et chez le lapin ont montré que le mélange anatoxine et sérum gênait l'action immunisante de l'anatoxine alors que celle-ci se développait si les injections d'anatoxine et de sérum étaient faites en 2 points différents.

Chez l'homme, si on injecte 1 cmc 1/2 d'anatoxine tétanique, puis quelques minutes après en un point éloigné de la première piqûre la dose de sérum indiquée par la blessure, et si enfin on complète la vaccination par 2 injections de 2 cmc d'anatoxine au 20e et au 30e jour, on obtient une immunité solide contrôlée par le dosage des unités antitoxiques du sérum. Sur 240 sérums examinés, 6 mois après la vaccination ainsi pratiquée, 1 renferme 1 unité antitoxique, 6 : 2/3, 120 : 1/5, 68 : 1/15, 42 possèdent entre 1/20 et 1/50 d'unité, 6 moins de 1/50. L'unité antitoxique est la quantité d'antitoxine qui neutralise une quantité de toxines correspondant à 1.000 doses mortelles pour le cobaye de 350 gr. Chez le cheval, le tétanos engendré par l'insertion d'une écharde tétanique n'éclate pas lorsque le sérum de l'animal renferme 1/1.000 d'unité antitétanique. Sans doute, on ne peut conclure du cheval à l'homme, cependant le cheval est extrêmement réceptif et l'on peut supposer que l'immunité antitétanique ainsi réalisée est plus que suffisante.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

H. Hartmann, T. Bertrand-Fontaine et **P. Guérin.** ***Les myomes du rectum*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLII, n° 1, Juillet 1933). — Le myome du rectum est une affection rare. Son étude que Longuet, en 1898, dans son mémoire initial, basait sur 8 observations, est reprise par le professeur Hartmann et ses collaborateurs, après une sélection, il est vrai rigoureuse, d'après un faible ensemble de 38 observations, dont une seule personnelle.

Une femme de 46 ans, amaigrie, anémique, se plaignant déjà de pesanteurs rectales et d'une forte constipation avec selles glaireuses, a eu plusieurs selles sanglantes depuis un mois.

Le toucher rectal, puis vaginal, établit la présence d'une tumeur arrondie, du volume d'une orange, occupant, juste au-dessus du sphincter, toute la largeur de la paroi antérieure du rectum.

L'amputation périnéale, suivie de guérison, a permis l'examen de la tumeur. A la coupe, elle est bien limitée et constituée par un tissu grisâtre et ferme; la muqueuse qui la recouvre est amincie, mais sans ulcération manifeste. Elle s'est développée dans l'épaisseur de la couche musculaire du rectum. De structure homogène, elle est formée de fibres musculaires, pour la plupart en état de dédifférenciation assez prononcée, mais en quelques points bien caractérisées par leur striation fibrillaire et leur noyau en bâtonnet. Ni monstruosités nucléaires, ni mitoses. Une coque conjonctive limitante, mêlée de fibres musculaires, envoie des cloisons qui subdivisent la tumeur en lobes.

Le myome, exceptionnellement multiple et formant alors un anneau ano-rectal plus ou moins complet, forme presque toujours une tumeur unique, bien limitée, siégeant sur une des parois du rectum.

Développée vers la cavité rectale, elle devient polypeuse, apparente, et son ablation met fin à son évolution, si bien qu'elle atteint rarement un volume considérable.

Evoluée au contraire vers l'extérieur, elle refoule la paroi rectale ou vaginale, fait saillie dans la cavité abdominale ou encore dans la région fessière.

La muqueuse rectale soulevée est souvent ulcérée.

L'examen microscopique montre que la tumeur, toujours nettement encapsulée, est parfois un léiomyome pur, mais qu'elle est plus souvent constituée par un mélange, en proportions variables, de tissu musculaire lisse et de tissu fibreux.

Le sexe n'a d'influence que sur le mode d'évolution : abdominale chez la femme et sacrée chez l'homme. L'âge de plus grande fréquence est la 48e année, les cas d'apparition précoce s'observant surtout chez la femme.

Le début est latent, et, dans un cas de Earl, le premier signe de l'existence d'un fibrome pédiculé fut donné par sa sortie de l'anus au moment de l'accouchement. Les symptômes sont ceux de l'observation ci-dessus rapportée. Le pronostic est bénin, avec dégénérescence sarcomateuse possible (Hunt). Le traitement va de l'ablation aisée d'un polype pédiculé à l'amputation périnéale. Les voies abdominale, vaginale, sacrée, ont été suivies d'après l'indication donnée par l'évolution de la tumeur.

P. GRISEL.

Ch. Lenormant et **J. Patel.** ***Le « drainage sous-occipital » (Trépanation atlantoïdo-occipitale de F. Ody) appliqué au traitement des lésions traumatiques cranio-encéphaliques. (Les étapes principales de l'idée. La technique)*** [*Journal de Chirurgie*, t. XLII, n° 1, Juillet 1933]. — La « trépanation évacuatrice atlantoïdo-occipitale », pratiquée par Ody, en 1930, a donné une orientation nouvelle au traitement de l'hypertension consécutive aux traumatismes cranio-cérébraux. Ce « drainage sous-occipital », par l'ouverture du grand confluent postérieur qui communique avec

les autres confluents et qui reçoit le liquide ventriculaire par les trous de Magendie et de Luschka, permet l'évacuation du sang et des caillots qui s'y accumulent comme l'a indiqué Duret, comprimant directement le bulbe et font obstacle à la libre circulation du liquide céphalo-rachidien.

La trépanation temporale, la ponction rachidienne, la ponction sous-occipitale même, ne peuvent prétendre à la même efficacité.

Ce court mémoire donne, avec de claires illustrations, la technique à suivre, que nous ne pouvons qu'indiquer ici.

Une incision verticale médiane allant de la protubérance à l'apophyse épineuse de la IVe vertèbre cervicale donne accès, les muscles réclinés, au bord postérieur du trou occipital, à l'arc postérieur de l'atlas et à la membrane occipito-atloïdienne qui est incisée un peu en dehors de la ligne médiane, après avoir été rendue largement accessible par la résection à la pince-gouge, de l'arc postérieur. La décompression est obtenue par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien sanglant, par l'ablation des caillots sanguins, parfois par la réduction des amygdales cérébelleuses herniées à travers le trou occipital. Suture plan par plan et drainage.

P. Grisel.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

S. Nicolau, C. Mathis et **Mme Val Constantinesco.** ***La rage autochtone (maladie du chien fou) en Afrique occidentale française (Etude critique expérimentale)*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. L, n° 6, Juin 1933). — Il existe en Afrique occidentale française, à côté de la rage canine commune importée d'Europe, une maladie spéciale autochtone — maladie du chien fou — qui ne serait pas transmissible à l'homme selon la croyance indigène, partagée par de nombreux Européens.

N., M. et C. ont pu étudier le virus provenant d'un enfant de 4 ans, mordu par un chien errant sur le territoire de Matam (Sénégal), sur lequel l'administrateur affirme de la façon la plus formelle qu'il n'existe aucun chien européen importé. Malgré le traitement antirabique commencé 19 jours après la morsure, la rage se développa chez cet enfant 35 jours après l'accident et l'emporta en vingt-quatre heures. C'est en partant du bulbe de cet enfant qu'ont été pratiquées les expériences. Le germe s'est montré au début peu virulent, mais en se mettant dans certaines conditions particulières, on a obtenu de cette souche 2 virus fixes, l'un tuant le lapin inoculé dans le cerveau en 8 à 10 jours, l'autre en 10 à 12 jours. Le cerveau des lapins morts de cette rage présente des corps de Négri, surtout dans le noyau optique basal. Le virus fixe confère au lapin une rage paralytique de courte durée. Les altérations histo-pathologiques du système nerveux central, viscéral et périphérique des animaux inoculés avec le virus de la maladie du chien fou sont celles de la rage. Mais à l'encontre de ce qui arrive avec les virus rabiques classiques, la septinévrite provoquée dans l'organisme du lapin est mise en évidence très difficilement par l'inoculation de tronçons de nerfs. Ce germe, introduit dans le cerveau des lapins, ne peut pas être retrouvé dans les organes ou dans les humeurs à l'exclusion du névraxe.

Les caractères expérimentaux de ce virus expliquent que la maladie du chien fou se transmette rarement à l'homme.

Il existe une immunité croisée parfaite entre les souches de rage classique et le virus de la maladie du chien fou.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

G. Heuyer et **J. Dublineau.** ***Formes frustes de la maladie de Friedreich échelonnées sur quatre générations*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXV, n° 12, Décembre 1932). — H. et D. ont observé un garçon de 7 ans 1/2 présentant un tremblement à prédominance céphalique et un nystagmus congénital attribuables à une maladie de Friedreich fruste. L'analyse des antécédents, l'existence chez les collatéraux et les ascendants de symptômes comparables à ceux de l'enfant ont permis de suivre la transmission héréditaire de la maladie à partir de l'arrière-grand-père paternel.

H. et D. ont constaté chez la mère du petit malade un pied creux bilatéral de Friedreich et une légère scoliose qu'ils retrouvent d'ailleurs chez le frère aîné du jeune patient. Ces malformations ne prennent leur valeur qu'en fonction de leur place dans la lignée familiale. Elles s'échelonnent sur quatre générations avec alternance régulière du sexe.

Le père de la mère présente un nystagmus congénital. Il a eu également du tremblement.

La grand'mère de la mère, décédée à 82 ans, présentait également du nystagmus congénital.

H. et D. n'ont pas noté chez leur malade d'abolition des réflexes tendineux, mais on sait que la maladie de Friedreich, en dehors des formes classiques, peut se présenter sous des aspects atypiques et frustes, comme il en a été rapporté récemment des exemples (Grenet, Ducroquet, Babonneix, Heuyer).

Le cas de H. et D. peut être considéré comme une des formes de passage entre la maladie de Friedreich et les hérédo-ataxies cérébelleuses proprement dites. Il serait un argument en faveur de la tendance de certains auteurs (Raymond, Mollaret) qui groupent ces deux affections sous une même étiquette.

G. Schreiber.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

G. Marinesco et **M. Nicolesco.** ***Sur un cas d'amnésie hystérique rétrograde*** (*L'Encéphale*, t. XXVIII, n° 4, Avril 1933). — M. et N. publient une observation d'hystérique, bien intéressante par les problèmes qu'elle soulève sur la physiopathologie de cette affection. A l'occasion d'une insufflation pleurale pour pneumothorax thérapeutique, une jeune fille de 23 ans tombe dans une narcolepsie profonde, qui dure 6 heures. Au réveil, mutisme, au sortir duquel la malade ne sait plus émettre que des sons inarticulés. Elle a oublié jusqu'à ses premières connaissances scolaires, est devenue incapable d'accomplir les actes les plus courants.

Puérilité, maniérisme. Diminution de la force musculaire à droite. La malade a éduqué sa main gauche, dont elle use désormais de préférence (l'écriture de cette main, plus petite que celle de la droite, est mieux formée). Hypermnésie; mais déficience de l'attention. Absence de stigmates hystériques.

On écarte le diagnostic de lésion organique par embolie gazeuse au cours de la ponction pleurale. La malade retrouve d'ailleurs dans le sommeil son vocabulaire perdu.

M. et N. n'en invoquent pas moins une modification fonctionnelle des centres, une inhibition intense s'exerçant sur un terrain prédisposé.

La conception du pithiatisme de Babinski, telle qu'elle est développée notamment par Froment et Imbert, gagnerait, selon eux, à être complétée par l'étude clinique des syndromes hystéroïdes compliquant les atteintes organiques du cerveau et mise au courant aussi des notions nouvelles sur les réflexes conditionnels et l'inhibition.

G. d'Heucqueville.

J. Pavlow. ***Essai d'une interprétation physiologique de l'hystérie*** (*L'Encéphale*, t. XXVIII, n° 4, Avril 1933). — L'inhibition revêt une forme particulière quand l'excitation atteint la limite de capacité des cellules cérébrales, en particulier dans l'épuisement, l'hypnose, la vieillesse.

L'hystérie résulte d'un affaiblissement de la tension nerveuse, Pierre Janet l'a magistralement établi. Chaque tendance, venue des zones sous-corticales, charge fortement l'écorce et provoque une vague d'inhibition démesurée.

Ainsi peuvent naître des phénomènes inconnus des sujets normaux, dont les émotions fortes de la guerre ont donné de nouveaux exemples. La doctrine du pithiatisme méconnaît les forces intenses qui déclanchent ces phénomènes.

Dans cet article, le célèbre physiologiste russe accorde aux lobes frontaux une fonction de contrôle et de synthèse psychiques, qu'un système de représentation original, le langage, leur permet d'exercer. G. d'Heucqueville.

H. Schmid. ***Sur l'anatomie pathologique de l'encéphalite post-vaccinale expérimentale*** (*L'Encéphale*, t. XXVIII, n° 5, Mai 1933). — De nombreux cas d'encéphalite, consécutifs à la vaccination jennérienne, ont été signalés depuis quelques années. S. étudie les modifications pathologiques survenues dans l'encéphale du lapin après injection intra-cérébrale de vaccin variolique.

Le cerveau apparaît hyperémié. Macroscopiquement, aspect de méningo-encéphalite.

Au microscope, infiltration péri-vasculaire, de lymphocytes, plasmazellen, macrophages. Prolifération névroglique, avec dégénérescence des noyaux, surtout nette dans les couches profondes du cortex. Tuméfactions localisées sur les neurofibrilles. Gaines myéliniques à peine atteintes.

Dans ces expériences, l'infection suit ou remonte le cours du liquide céphalo-rachidien, puis se propage par contiguïté dans le parenchyme. Dans la vaccination jennérienne, la barrière *hémato-encéphalique* s'oppose à une telle inoculation, en neutralisant au passage le pouvoir « encéphalitogène » du virus. G. d'Heucqueville.

J. Lhermitte et **J.-O. Trelles.** ***Sur l'apraxie pure constructive*** (*L'Encéphale*, t. XXVIII, n° 6, Juin 1933). — L. et T. rappellent tout d'abord à la suite de quelle évolution d'idées les concepts d'apraxie et d'agnosie sont parvenus à comprendre des faits cliniques très voisins.

A deux observations déjà publiées, ils en ajoutent une nouvelle, spécialement instructive. Chez un homme de 70 ans, sans ictus, sans affaiblissement intellectuel préalable, s'installe un syndrome d'apraxie marquée, rendant impossible l'exécution des actes volontaires les plus simples. Les perceptions sont demeurées intactes. Mais incapacité totale de reproduire une figure géométrique reconnue. Agraphie.

Poppelreuter désignait par « apraxie visuelle » une telle perte de la faculté de reproduire des figures présentées à la vue. Cette faculté exige l'intégrité d'une fonction dégagée par Schilder, la « somatognosie », représentation du corps dans l'espace: elle était manifestement détruite chez le malade observé.

Son autopsie montrait l'atrophie bilatérale des plis courbes, « gyri angularis et supramarginalis ». La rupture des connexions entre les centres où s'élaborent les espaces visuel et cénesthésique expliquait l'asomatognosie.

Bibliographie complète de la question.

G. d'Heucqueville.

B. Fernandes et **F. Ferrera.** ***La catatonie expérimentale par la bulbo-capnine*** (*L'Encéphale*, t. XXVIII, n° 6, Juin 1933). — F. et F. ont reproduit les expériences de de Jong et Baruk, en étudiant spécialement l'intoxication prolongée par la drogue, plus comparable aux phénomènes pathologiques. Leurs recherches ont porté sur les poissons, les batraciens, le poulet, le pigeon, le lapin, le cobaye, la souris, le chat, le chien, le singe.

Contrairement aux auteurs précédents, ils ont constaté peu de différences entre les troubles moteurs obtenus d'une extrémité à l'autre de cette échelle; les animaux supérieurs et inférieurs, pourvus ou non de néocortex, présentent des manifestations très voisines, superposables à celles de la catatonie humaine.

Celles-ci consistent souvent en réflexes d'immobilisation, comme si l'intoxication libérait un automatisme préformé, inhibé à l'état normal.

G. D'HEUCQUEVILLE.

LA GYNÉCOLOGIE (Paris)

André Bidoire. ***De l'opération césarienne dans l'éclampsie et l'éclampsisme*** (*La Gynécologie*, 32e année, Juillet 1933). — La légitimité de la césarienne, en cas d'éclampsie au cours de la grossesse ou au début du travail, se fonde sur la nécessité de soustraire la mère et l'enfant à l'intoxication. On ne sait jamais comment va évoluer une éclampsie; chaque symptôme n'a en soi que peu de valeur (sauf l'hyperthermie, l'anurie et l'hémoglobinurie). On a objecté à la légitimité de la chirurgie qu'il y avait des crises *post partum;* or, quand on opère de façon précoce, on n'observe jamais de crise ultérieure. On a objecté que l'opération donnait souvent des enfants prématurés: mieux vaut un enfant avant terme vivant qu'un enfant mort. D'ailleurs, il faut considérer surtout la nécessité de sauver la mère.

On peut intervenir en cas d'échec du traitement médical ou de parti pris. C'est à cette seconde méthode que se rallie Bidoire.

Il faut ne pas saigner la femme avant l'opération ou, suivant le conseil de Metzger, faire une petite saignée pour ne pas indisposer la galerie, parce que c'est un traitement connu de tout le monde.

La césarienne vaginale est une bonne opération, mais pas toujours facile. La césarienne abdominale est la méthode de choix.

Dans l'éclampsisme (albuminurie grave, signes de probabilité d'éclampsie, signes oculaires), l'intervention chirurgicale est non moins nécessaire.

B. expose, ensuite, une statistique de 81 cas (55 éclampsies et 26 éclampsismes), soit 51 césariennes vaginales et 30 césariennes abdominales. Il y a, sur ce nombre, 59 primipares. Le pronostic opératoire est bien meilleur en cas d'éclampsisme (7 pour 100 de mortalité) qu'après l'apparition des convulsions (34 pour 100). Le pronostic fœtal reste grave (mortalité en cas d'éclampsisme 18 pour 100 et d'éclampsie 45 pour 100); mais, le quart des enfants étaient morts avec l'intervention ou non viables.

HENRI VIGNES.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

P. L. Mirizzi (Cordoba). ***La cholégéiographie dans les séquelles post-opératoires de la lithiase biliaire*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. IV, n° 4, Avril 1933). — M. relate deux observations de malades qui, après cholécystectomie, furent reprises de crises douloureuses ; dans le second cas, les accidents, survenus 3 ans après la cholécystectomie, s'accompagnaient de fièvre et d'ictère. Les 2 malades furent réopérées. Au cours de l'opération, par une incision minime du cholédoque, on pratiqua une injection de lipiodol. Dans le premier cas, le pancréas était tuméfié, et l'on constata l'aspect moniliforme de la portion transpancréatique du cholédoque, contrastant avec ses portions hautes dilatées : il s'agissait d'une complication pancréatique survenue quelques jours après la cholécystectomie. Dans le second cas, l'injection de lipiodol montra la perméabilité de l'ampoule de Vater, alors que le lipiodol était arrêté dans le canal hépatique : on pratiqua une cholédoco-duodénostomie, avec plein succès. La méthode peut donc fournir de précieux renseignements pour orienter la thérapeutique.

L. RIVET.

Mariano R. Castex et **Mario Schteingart** (Buenos-Aires). ***L'obésité neuro-hypophysaire*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. IV, n° 5, Mai 1933). — D'après l'étude de plus de 600 obèses, C. et S. établissent que la pathogénie neuro-hypophysaire est la cause la plus fréquente de l'obésité endogène, et qu'elle intervient au moins dans 10 pour 100 des cas.

On peut en distinguer trois formes :

1° Dystrophie adiposo-génitale, caractérisée par adiposité à distribution féminine, hypogénitalisme et symptômes locaux hypophysaires et diencéphaliques (les derniers pouvant faire défaut);

2° Obésité sans hypoplasie génitale, mais avec des troubles du fonctionnement endocrine des gonades, particulièrement chez la femme (aménorrhée, dysménorrhée, stérilité), et avec ou sans symptômes neuro-hypophysaires locaux et généraux ;

3° Obésité s'accompagnant de développement exagéré et précoce des organes génitaux, mais avec hypogénitalisme fonctionnel.

Ces trois formes fondamentales peuvent s'accompagner de croissance normale excessive ou d'arrêt de croissance.

C. et S. étudient avec soin les principaux symptômes. La radiographie de la selle turcique est importante, mais on ne doit jamais exclure l'existence d'un trouble fonctionnel neuro-hypophysaire du fait de l'absence de signes radiologiques, cette glande pouvant être perturbée fonctionnellement sans que ce trouble se décèle par des signes radioscopiques appréciables. Il est important d'étudier le métabolisme basal et le pouvoir spécifique dynamique de l'albumine.

C. et S. exposent ensuite le concept de l'obésité neuro-hypophysaire.

De toutes les formes de l'obésité, c'est celle qui est le plus difficilement influencée par la thérapeutique. A côté du traitement diététicο-hygiénique, on prescrira la médication hypophysaire. Toutes les préparations d'extrait du lobe antérieur de l'hypophyse, pour être actives, doivent être fraîches, leur activité disparaissant en général au bout de 3 à 4 semaines. Ceci explique que la plupart des spécialités qu'on trouve dans le commerce sont inactives. Si la médication peut donner une amélioration évidente de la symptomatologie générale, il ne faut pas trop y compter pour obtenir l'amaigrissement. Pour y arriver, il faut associer la médication thyroïdienne ou mieux encore la thyroxinique, employée par voie intra-veineuse en injections de 5 milligr. tous les 8 ou 10 jours. On peut ainsi obtenir de bons résultats, non seulement en ce qui concerne l'obésité, mais aussi pour la symptomatologie génitale.

Dans certains cas, les rayons X, la diathermie, l'organothérapie génitale peuvent trouver leurs indications.

L. RIVET.

Antonio V. Marcondes et **Afranio do Amaral** (Sao Paulo). ***La toxémie gravidique et son traitement rationnel*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. IV, n° 5, Mai 1933). — A l'aide d'observations bien choisies, M. et A. montrent que le sérum anti-toxigravidique (sérum d'animal en état de gestation), quoique efficace dans le traitement de la toxémie gravidique, détermine de l'urticaire et diverses manifestations d'allergie sérique.

Le sérum purifié, hormo-gravidique, et le nouveau lipo-sérum antitoxigravidique préparé par l'Institut Butantan, représentent une grande conquête pour le traitement de ce syndrome, ne produisant ni douleur, ni accidents de nature sérique. Grâce à cette nouvelle médication, les accoucheurs auront rarement besoin d'interrompre la gestation de leurs malades.

Ces produits combattent généralement la toxémie à la dose de 2 centicubes, pouvant être élevée à 5 centicubes dans les cas graves, et même à 40 centicubes sans le moindre inconvénient.

L'association de la solution hypertonique de glucose avec le lipo-sérum anti-toxigravidique représente un nouveau progrès et facilite la lutte contre les accidents de l'acidose si fréquente chez les gestantes toxémiques.

Il convient de rappeler que la méthode a été préconisée et appliquée avec succès dès 1917-1918 par Marconder, et depuis lors largement appliquée au Brésil.

L. RIVET.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

P. Uhlenhuth et **E. Zimmermann** ***L'extension en Allemagne de la maladie de Weil*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 21, 26 Mai 1933). — Sous ce nom, U. et Z. désignent la spirochétose ictéro-hémorragique qu'ils auraient observée depuis quelques années avec une assez grande fréquence.

Ils insistent sur ses caractères épidémiologiques : épidémies restreintes, surtout estivales, en rapport vraisemblablement avec les conditions de la contamination. Les bains, dans des eaux infestées par les rats, sont fréquemment à l'origine des cas pathologiques multiples.

Le diagnostic de laboratoire: recherche du spirochète sanguin ou urinaire, puis séro-agglutination positive à plus de 1/200, permet d'affirmer la maladie.

Il importe d'y penser lors des épisodes de natures douteuses survenant après un plongeon en eau suspecte. Les cas frustes seront ainsi décelés et traités.

G. DREYFUS-SÉE.

J. Becker. ***Régime sans lait et rachitisme*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 21, 26 Mai 1933). — Hess a publié récemment des observations de nourrissons eczémateux qui avaient présenté des signes de rachitisme évolutif à la suite de l'institution d'un régime sans lait dont la base était le lait d'amande.

Il avait employé du lait d'amande de conserve et observé une rapide amélioration de l'eczéma. Cependant, malgré l'utilité en diététique de cet aliment riche en phosphore et de haute valeur calorique, Hess insistait sur les dangers de son emploi prolongé sans surveillance médicale, et montrait qu'il ne s'agissait nullement d'un aliment utilisable sans risque chez le nourrisson normal.

B. a recherché du point de vue expérimental les résultats de l'administration de lait d'amande.

Riche en huile et par conséquent très calori-







HEPATIC EFA

EXTRAITS VÉGÉTAUX SANS TOXICITÉ, SANS INTOLÉRANCE

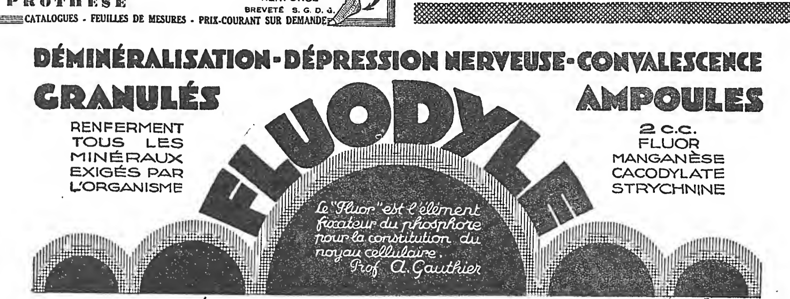
VÉSICULES DOULOUREUSES
INSUFFISANCE BILIAIRE. LITHIASE
— COLIQUES HÉPATHIQUES —
CHOLECYSTITES — DERMATOSES, —

MODE D'EMPLOI } 1° LE MATIN A JEUN, UN CACHET DANS UN PEU D'EAU
2° 1/4 D'HEURE APRÈS, UNE AMPOULE DANS 1/4 DE VERRE D'EAU

SE VEND EN BOITE DE 12 CACHETS ET 12 AMPOULES DE 5cc BUVABLES

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES EFA CARENTAN (MANCHE)



gène, son adjonction au régime rachitigène de Mac Callum a un rôle anti-dystrophique net ; or, on sait qu'un développement satisfaisant ou accéléré des animaux a une action plutôt favorable sur la production du rachitisme expérimental; mais par contre, la haute teneur en phosphore du lait d'amande compléterait le régime pauvre en phosphore utilisé et pourrait théoriquement lutter contre son action rachitigène.

En fait, les animaux ainsi nourris ont présenté tous des lésions rachitiques nettes quoiqu'un peu moins accentuées qu'avec le régime de Mac Callum pur. L'irradiation du régime et du lait utilisé paraît exercer une action favorable sans éviter cependant tout à fait le rachitisme.

Les faits expérimentaux confirment donc les observations cliniques de Hess et doivent faire insister sur la rigueur de ses conclusions en ce qui concerne l'emploi du lait d'amandes.

G. Dreyfus-Sée.

E. Regenbogen. ***Traitement de la pleurite sèche par pneumothorax*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 22, 2 Juin 1933). — L'immobilisation des feuillets pleuraux dont le frottement détermine des phénomènes douloureux souvent insupportables constitue évidemment le traitement de choix.

Les procédés anciens: immobilisation du bras, compression du thorax par du leucoplaste, etc., se montrent le plus souvent inefficaces. R. recommande de pratiquer un pneumothorax qui aurait le double avantage de faire disparaître la douleur et d'éviter la formation d'adhérences, parfois même de détruire des adhérences récemment formées. Il suffit d'introduire peu de gaz, et on voit ainsi les phénomènes mécaniques de compression inutiles. En général, les réinsufflations sont superflues; l'apparition d'un exsudat est exceptionnelle et on peut même se demander si le pneumothorax ne serait pas susceptible d'éviter la formation de l'exsudat.

Au cours de cet exposé, l'auteur ne paraît pas envisager la possibilité d'obstacles au pneumothorax par suite de l'existence même de la pleurite. Les quelques observations qu'il publie confirment, en effet, sa théorie un peu paradoxale d'injection d'air dans une plèvre irritée, produisant sans difficulté une séparation de ses feuillets, et paraissant éviter ou tout au moins ne pas favoriser la formation du liquide.

G. Dreyfus-Sée.

G. von der Weth. ***Le diagnostic d'adhérences pleurales au moyen de procédés radiokymographiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 22, 2 Juin 1933). — Le procédé radiokymographique de Stumpf permet de diagnostiquer des symphyses pleurales totales ou partielles avec une précision beaucoup plus grande que par les techniques anciennes.

On se basera : 1° sur la restriction de l'incursion diaphragmatique surtout au niveau de sa zone thoracique.

2° Sur la diminution du parallélisme de l'ombre pulmonaire et diaphragmatique comparée au côté opposé.

3° Sur la restriction de cette mobilité pulmonaire et diaphragmatique surtout vers la périphérie thoracique.

En outre, les symphyses interlobaires sont caractérisées par un déplacement vers le haut de l'axe des mouvements diaphragmatiques. La restriction de ces mouvements telle qu'elle est signalée plus haut ne s'observe que si la plèvre pariétale participe à la symphyse.

Enfin, on recherchera la participation médiastinale qui serait susceptible d'entraîner un retentissement clinique sur le cœur.

G. Dreyfus-Sée.

W. Birk. ***La mise en évidence des œufs de vers dans l'expectoration*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 22, 2 Juin 1933). — L'observation relatée par B. est celle d'une fillette qui présentait des manifestations générales et pulmonaires faisant craindre une tuberculose. La mise en évidence de formes larvées de vers dans son expectoration et les résultats du traitement ont démontré qu'il existait une relation entre cette infestation et les phénomènes de catarrhe respiratoire qu'elle présentait. On peut se demander d'ailleurs s'il s'agissait de réaction allergique vis-à-vis d'une allergène toxique vermineuse ou bien d'une irritation locale de la muqueuse par les œufs et les larves.

La mise en évidence de formes kystiques ou larvées de vers dans l'expectoration paraît un fait exceptionnel, mais peut-être y aurait-il lieu de pratiquer plus souvent des examens de crachats à ce point de vue chez des sujets atteints d'affections vermineuses et présentant des manifestations respiratoires.

G. Dreyfus-Sée.

R. Brinkmann. ***Recherches comparées pour la mise en évidence de bacilles tuberculeux (examen de l'exsudat laryngé, culture et inoculation à l'animal)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 22, 2 Juin 1933]. — Dans les cas douteux, l'examen de l'expectoration, dont l'origine pulmonaire n'est pas toujours démontrée, peut être insuffisant à déceler le bacille tuberculeux.

B. insiste sur la nécessité de pratiquer un prélèvement d'exsudat laryngé selon une technique qu'il précise. Si l'examen direct du prélèvement ne montre pas de bacilles, on pratiquera une culture sur milieu spécial (de Holm) et en cas de résultat négatif, une inoculation à l'animal.

Lorsque ces 3 épreuves sont négatives, on peut affirmer l'absence de contagiosité d'un malade.

G. Dreyfus-Sée.

H. Bodmer et **P. Kallos.** ***Un cas de sclérose pulmonaire (de Corrigan) d'étiologie rare*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 22, 2 Juin 1933). — Un malade atteint de laryngite chronique est soumis à un traitement par badigeonnage laryngé. De lui-même, il cesse ce traitement et spontanément le remplace par l'aspiration nasale quotidienne de 50 à 100 cmc de paraffine fluide, malgré les quintes de toux parfois intenses provoquées par cette technique. Ce traitement original est poursuivi durant dix ans.

Cette irritation chronique artificielle des voies respiratoires est incriminée par B. et K. comme cause d'une sclérose diffuse tardive pulmonaire, du type décrit par Corrigan, et que nulle autre affection pathologique ne paraît avoir déterminée ni favorisée.

Une observation analogue a d'ailleurs été publiée très récemment par Fischer-Wasels concernant une femme qui aspirait régulièrement de l'huile de paraffine par le nez durant 20 ans, et dont l'autopsie montra une sclérose pulmonaire intense, alors que le diagnostic clinique porté durant la vie était cancer, syphilis ou lymphogranulomatose pulmonaire.

Le cas de B. et K. serait donc le premier de cet ordre dont le diagnostic ait pu être affirmé du vivant du malade.

G. Dreyfus-Sée.

E. Salomon et **L. Stürmer.** ***La valeur de la réaction à la ninhydrine pour l'analyse des crachats tuberculeux*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 22, 2 Juin 1933). — La nécessité d'obtenir des réactions très sensibles pour la mise en évidence du bacille tuberculeux dans les crachats a conduit à rechercher des produits de désintégration des tissus pulmonaires ou des bacilles eux-mêmes.

C'est ainsi que la réaction à la ninhydrine a été recherchée parallèlement à la recherche du bacille tuberculeux dans 106 expectorations par Wohlfeil.

S. et S. ont repris cette étude en comparant les résultats de la réaction à ceux fournis par la recherche des bacilles et par celle des fibres élastiques témoignant d'un processus destructif pulmonaire. 104 crachats et 4 exsudats de tuberculeux manifestes ont été examinés. Les résultats des examens concordaient dans 80 cas (76,9 pour 100) et divergeaient dans 24 cas (23,1 pour 100).

La possibilité de réaction positive lors d'absence de fibres et de bacilles et de réaction négative coïncidant avec leur présence montre que d'autres facteurs inconnus interviennent pour déterminer les résultats de l'épreuve à la ninhydrine.

Dans l'ensemble, il paraît donc qu'on doive se méfier de cette réaction dont les réponses sont moins sûres que celles fournies par les recherches habituelles microscopiques. D'autre part, l'utilisation pratique de cette méthode est également rendue difficile par son prix élevé, sa longueur d'exécution et la quantité relativement importante d'exsudat qu'elle nécessite.

G. Dreyfus-Sée.

L. Heine. ***La valeur de l'examen des yeux pour les décisions concernant le mariage, le choix d'une profession, le choix et le contrôle des agents et employés d'administrations*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 24, 16 Juin 1933). — L'examen oculaire pratiqué par un spécialiste permet de déceler une série d'affections générales et fournit au médecin et au neurologue un appoint indispensable au diagnostic.

H. passe rapidement en revue une série d'altérations de la cornée, de l'iris, des pupilles, du cristallin, du fond d'œil enfin : rétine, papille, etc., qui permettent de suspecter ou d'affirmer des affections graves héréditaires ou acquises.

Quoique nulle sanction ne s'oppose à l'union de sujets malades ni à la procréation par des parents notoirement incapables d'avoir des enfants sains, l'examen prénuptial demeure cependant à préconiser et permet parfois, par influence directe sur les malades, d'éviter des désastres. L'examen oculaire complémentaire est d'autant plus nécessaire que la disparition actuelle du médecin de famille fait que les médecins consultés manquent de notions étiologiques et familiales et que le malade ne leur confie souvent pas les faits importants de sa vie. La multiplication des épreuves complémentaires s'impose donc et parmi elles la vérification des yeux est capitale.

Il en est de même lors du choix d'une profession, des conditions visuelles satisfaisantes étant indispensables, surtout pour certaines d'entre elles; employés de chemins de fer, médecins se destinant au laboratoire, etc.

Enfin, le contrôle lors de l'examen d'entrée ou au cours des inspections ultérieures des employés, des agents chargés de responsabilités importantes, est très facilité par l'examen des yeux de ces sujets.

G. Dreyfus-Sée.

ARCHIV für GYNAKOLOGIE (Berlin)

Heinz Küstner. ***Le traitement de la pyémie puerpérale (Ligature des veines)*** [*Archiv für Gynakologie*, t. CLIII, n° 3, 15 Juin 1933]. — Depuis deux ans, Küstner s'est occupé du traitement de la fièvre puerpérale par la ligature veineuse et il expose, dans ce travail, le résultat de ses observations. Il remarque tout d'abord que le


FARINE
LACTÉE
Salvy
DIASTASÉE

traitement opératoire constitue un danger. Au surplus, il y a à vaincre une difficulté diagnostique qui joue un rôle très important. Si, anatomiquement, il est possible de distinguer la pyémie puerpérale de la forme phlegmoneuse de la septicémie et de la péritonite, par contre, en clinique, cette distinction est extrêmement difficile. Un des signes importants montrant que l'infection puerpérale n'est plus localisée est représenté par le frisson que certains partisans de l'intervention précoce considèrent comme exigeant une ligature dès qu'il est constaté une ou deux fois. Cependant, la cause du frisson est diversement envisagée. Les uns admettent qu'il provient d'une invasion de bactéries, les autres de l'arrivée de toxines. Dans le premier cas, un frisson témoignerait de l'existence d'une thrombose veineuse quelque part. D'un autre côté, en cas d'affection phlegmoneuse, il pourrait se déverser dans l'organisme des toxines en proportions abondantes pour donner lieu aux mêmes symptômes que dans la thrombose infectieuse. D'après Küstner, c'est surtout l'invasion de bactéries qui serait en cause quand les frissons sont répétés et surviennent alors que l'utérus est évacué et qu'il ne reste plus aucun débris fœtal dans cet organe. Mais la thrombose, cause du frisson, peut siéger dans de petits vaisseaux du paramètre de l'aire de la veine spermatique ou dans les grosses veines du bassin. La septicémie puerpérale siège, d'abord, en général, dans les fentes lymphatiques du paramètre et donne, secondairement, lieu à une infection pyémique. Il y a, alors, fièvre continue élevée et sensation de froid, mais sans frisson proprement dit. L'apparition de frissons répétés, lorsque la fièvre est continue et élevée, est, pour Küstner, le signe d'une infection double. Alors l'abaissement de la température qui est de règle après les frissons ne s'observe pas à cause de la présence de processus phlegmoneux.

La présence de bactéries dans le sang peut fortifier le diagnostic. Mais des constatations négatives sont sans valeur. La diminution du nombre des thrombocytes, d'après Kriele, ne paraît pas très démonstrative à Küstner, qui a observé un cas dans lequel les symptômes faisaient penser à une pyémie avec 70.000 thrombocytes et conglomération nette des leucocytes, bien que l'autopsie ait montré l'existence d'une endométrite septique sans aucune thrombose. Ainsi les méthodes de laboratoires ne permettent pas d'aller bien loin.

Quant à la palpation bimanuelle, Küstner la déconseille; car, lorsque la thrombose est petite, elle ne donne rien et, de plus, elle constitue un danger de généralisation du germe.

Depuis des années, Küstner considère que le principe essentiel de la thérapeutique consiste à attaquer le mal de divers côtés, d'abord par la sérothérapie, puis par les antiseptiques, par les corps irritants et par les médications non spécifiques, puis enfin par l'alcool et le goutte à goutte intraveineux continu. Comme moyens non spécifiques, Küstner emploie l'entagène, la détoxine, l'étoscol et les yatrènes. Dans beaucoup de cas, il a utilisé les injections intraveineuses continues de glucose qui ont parfois des résultats immédiats vraiment splendides.

C'est seulement si cette méthode n'a rien donné que l'opération peut être justifiée. Néanmoins, la mortalité des infections puerpérales s'élève à 32 pour 100, chiffre qui, d'ailleurs, est favorable, puisque les autres cliniques donnent 40 à 55 pour 100. Küstner utilise la ligature des veines dans un certain nombre de cas depuis deux ans. C'est toujours à l'intervention intra-péritonéale qu'il a recours, parce que cette intervention ne dure pas plus d'une demi-heure et parce qu'elle évite de lier les veines saines en laissant les veines malades. Il donne, ainsi, les observations de 11 cas dans lesquels il est intervenu.

Dans 2 cas, en dehors de pyémie, il a été constaté de la péritonite : les streptocoques étaient en cause et les deux malades sont mortes. Deux malades présentaient, avant l'intervention, des métastases pulmonaires qui entraînèrent ultérieurement la mort. Deux autres, encore, avaient une infection particulièrement sévère. Dans un dernier cas, il y avait endocardite avant l'intervention qui fut tentée malgré le mauvais état de la malade. Küstner croit être en droit de supprimer de la statistique les deux cas avec péritonite. Il en reste donc 9 avec 6 cas de mort. La ligature aurait, d'ailleurs, provoqué une amélioration dans 2 de ces cas suivis de mort. Dans les autres, le décès est survenu trop rapidement pour qu'on se fasse une opinion (2 cas) ou encore les frissons ont continué et on a retrouvé des germes dans le sang (2 cas).

Dans les cas où la guérison est survenue, il n'est d'ailleurs pas possible de rattacher cet événement à la ligature, car il peut être dû à une modification spontanée au cours de la maladie. Cependant, 3 femmes paraissaient, d'après Küstner, avoir bénéficié de cette intervention. Le résultat est douteux dans 2 autres cas.

Cette intervention ne doit pas être pratiquée, comme le veut Martens, dès le premier ou dès le deuxième frisson, mais quand les méthodes conservatrices sont restées sans résultat et quand les phénomènes de pyémie sont devenus vraiment typiques.

Dans la plupart des cas, les lésions ont débuté à droite (8 fois sur 11). La pression de l'utérus sur le paramètre droit et sur la région de l'annexe droite favoriserait donc la thrombose. A titre de comparaison avec ses autres observations, Küstner donne celle d'une femme ayant fait un accouchement prématuré et ayant eu deux frissons sévères avec température élevée et mauvais état général. On songeait à pratiquer une ligature, mais l'injection intraveineuse goutte à goutte fit rapidement cesser les frissons, de telle sorte qu'on renonça à l'intervention.

Henri Vignes.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Jersild. ***Eléphantiasis génito-anorectal*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 13, 31 Mars 1933). — J. a recherché la réaction de Frei chez 12 malades atteintes de lésions de la région génito-ano-rectale : 5 cas de syphilome ano-rectal de Fournier, avec infiltration rectale, rétrécissement de 4-5 cm., infiltration périanale et fistules, 6 cas d'éléphantiasis génito-anorectal et 1 cas d'esthiomène.

Tous les malades avaient un Wassermann négatif, mais 8 avaient été syphilitiques. La recherche du gonocoque fut toujours négative. La cuti-réaction au ducrey fut négative chez 8 malades, douteuse chez 1 et positive chez 2. La réaction de Frei fut positive dans 11 cas. Dans un cas seulement, la réaction fut négative avec l'antigène de Frei et douteuse avec l'antigène de singe de Ravaut.

J. put examiner 3 hommes qui avaient été la source de contamination de 3 malades; les 3 présentèrent un Frei positif et une cuti au dmelcos négative.

J. conclut que le plus grand nombre des cas d'éléphantiasis génito-anorectal sont d'origine lymphogranulomateuse. La syphilis ne joue aucun rôle dans le syphilome ano-rectal. Le gonocoque et le bacille de Ducrey ne jouent qu'un rôle accessoire.

Quand l'intradermo-réaction au Dmelcos est négative, on peut employer la technique de Ravaut, l'injection intraveineuse de l'antigène de singe, qui donne une élévation de température, et dans 2 cas d'éléphantiasis génito-anorectal de Ravaut, qui avaient donné une réaction négative au Frei, l'hémo-réaction donna une élévation de température.

Les lésions éléphantiasiques de la région anorectale sont-elles la conséquence des lésions ganglionnaires, avec stase lymphatique et infection secondaire, ou bien ces lésions sont-elles dues à un tissu granulomateux vrai reconnaissable au microscope? Jersild, Frei penchent pour la première hypothèse, alors que Nicolas, Favre, Massia et Lebeuf, ainsi que Barthels et Biberstein inclinent vers la deuxième opinion.

R. Burnier.

Wolffenstein. ***Traitement du vitiligo par les rayons limite*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 24, 17 Juin 1933). — On sait combien difficile est le traitement du vitiligo. W. a employé dans quelques cas des applications générales de rayons limite, qui semblent avoir la propriété de produire du pigment.

Cette action est d'ailleurs différente de celle qui résulte de l'application locale de la lampe de quartz. Alors que le pigment néoformé, produit par l'application locale de la lampe de quartz, disparaît rapidement, le pigment produit par l'irradiation générale de rayons limite persiste plus de deux ans.

On a rapporté des cas de guérison du vitiligo par l'opothérapie ovarienne ou hypophysaire. Bucky pense que les rayons limite, qui contrairement aux rayons X sont absorbés par la peau dans la proportion de 90 pour 100, exercent une action puissante sur le système nerveux de la peau, sur le système nerveux végétatif qui est en relations étroites avec les glandes endocrines.

Cette méthode n'agit d'ailleurs pas dans tous les cas; sur 6 cas de vitiligo traités, 2 demeurèrent non modifiés.

R. Burnier.

Bernhardt. ***La bacillémie tuberculeuse dans la tuberculose cutanée*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 28, 15 Juillet 1933). — Les résultats obtenus par la méthode de Löwenstein dans la culture du sang du bacille tuberculeux sont contradictoires. La grande majorité des auteurs obtinrent toujours des résultats négatifs.

B. examina par la nouvelle technique de Löwenstein 60 malades: 43 lupus vulgaires, 5 tuberculoses gommeuses, 5 tuberculoses miliaires ulcéreuses de la peau et des muqueuses, 1 tuberculose verruqueuse, 1 érythème induré de Bazin, 5 lupus érythémateux. 300 cultures furent faites.

Dans aucun des cas, B. ne put trouver du bacille tuberculeux dans le sang circulant.

R. Burnier.

Berger. ***Essais d'actinothérapie des flueurs blanches*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 28, 15 Juillet 1933). — A la suite des résultats favorables obtenus par van de Velde, Heinemann, Fromme avec l'uvéthérapie du vagin dans les processus inflammatoires du tractus génital, B. utilisa une lampe de quartz froide dans 32 cas de flueurs blanches.

L'irradiation du vagin amena dans 12 cas une guérison complète, dans 5 cas une amélioration notable, dans 6 cas une amélioration légère.

Dans 9 cas d'érosions du col, l'uvéthérapie du col amena la guérison dans 4 cas seulement; 3 fois l'érosion pâlit et diminua de grandeur; les 2 autres cas ne furent pas influencés.

R. Burnier.

Fuhs. ***La dermatochalasis et ses relations avec la dermatite atrophiante progressive*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 29, 22 Juillet 1933). — F. rapporte 5 cas de cette laxité de la peau connue sous des noms divers: dermatolyse, chalazodermie, cutis laxa, peau de caoutchouc, dermatochalasis.

Dans 4 cas publiés, il est intéressant de noter

la coexistence chez le même malade de signes d'acrodermatite atrophiante progressive diffuse ou maculeuse, et la biopsie permit de retrouver les lésions qu'on note habituellement dans l'acrodermatite.

On peut donc se demander s'il n'existe pas une relation entre les 2 affections et si dans certains cas la pathogénie soutenue par Finger et Oppenheim pour la dermatite atrophiante ne permet pas d'expliquer la dermatochalasis.

On est ainsi amené à faire intervenir une faiblesse de résistance congénitale du tissu élastique vis-à-vis des divers traumas d'origine externe ou interne (infections, troubles des glandes endocrines, influence nerveuse, refroidissement).

R. Burnier.

Wendlberger. ***Deux cas de nodosités des trayeurs*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 32, 12 Août 1933). — W. rapporte 2 cas typiques de nodosités des trayeurs de vaches chez 2 paysannes de 18 et 20 ans, qui présentaient sur le pouce, l'index et dans un cas sur le petit doigt des papules arrondies, bleuâtres, de consistance ferme, identiques cliniquement et histologiquement aux cas précédemment décrits dans la littérature.

W. enleva un nodule à la curette, le broya dans du sérum artificiel stérile et l'inocula à l'avant-bras d'une malade. Au bout de 5 jours apparut une papule lenticulaire analogue aux nodosités et les jours suivants de nouvelles papulo-pustules apparurent dans le voisinage; le pus contenait des polynucléaires et des cocci à Gram positif; la culture donna du staphylocoque, sans doute une infection secondaire.

W. inocula ensuite 2 cobayes et un lapin à la peau du ventre; le résultat fut négatif. W. inocula ensuite la cornée de 2 lapins; l'un des lapins ne montra aucune lésion; l'autre présenta au bout de 24 heures un trouble cornéen analogue à un herpès; l'œil fut énucléé et sur les coupes de la cornée, on ne trouva aucun corpuscule de Guarnieri.

Quand les lésions de la malade étaient en voie de cicatrisation, W. fit sur elle une inoculation de lymphe vaccinale normale; le résultat fut positif; la malade ne présentait donc aucune immunité.

W. conclut en considérant, comme la majorité des auteurs, ces nodosités comme une maladie professionnelle des trayeurs, dont la cause est vraisemblablement une infection causée par du virus atténué de cow-pox.

R. Burnier.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

D. Gostimirović et **G. O. Krämer**. ***Le traitement des troubles du cycle œstral avec les hormones sexuelles*** (*Endokrinologie*, t. XIII, n° 1, 1933). — G. et K. résument d'abord les recherches qui ont été faites relativement à l'action des hormones sexuelles (ovarienne ou préhypophysaire) sur les femelles impubères, adultes ou séniles.

Chez les rongeurs impubères, on peut faire apparaître, par la greffe, par l'administration d'hormone ovarienne ou préhypophysaire, un rut prématuré, mais ce rut reste isolé et il ne se renouvelle plus spontanément. Chez les animaux séniles, la greffe, de même que l'hormone ovarienne ou préhypophysaire, peuvent déclancher une série normalement rythmée de ruts. Le fait s'observe chez les chèvres, chez les vaches, etc. Ainsi l'action n'est pas la même chez les animaux jeunes et chez les animaux séniles. Chez les animaux adultes à cycle œstral normal, on peut, par l'hormone ovarienne, déterminer un œstrus persistant. L'hormone préhypophysaire rend le cycle irrégulier ou le fait disparaître ou encore provoque un rut persistant. Des implantations renouvelées de préhypophyse font également apparaître une dégénérescence microcystique de l'ovaire.

Il restait à étudier les effets de ces hormones en cas de troubles du cycle œstral. Sur 98 souris adultes, il en a été trouvé par G. et K. 28 qui n'avaient pas présenté de période du rut pendant une période de 43 à 59 jours. A 11 de ces animaux, il a été administré en 6 jours 300 unités-souris d'hormone ovarienne (undène). Au bout de 70 heures, il est apparu chez 8 de ces animaux un œstrus qui a duré de 9 à 15 jours. Un nouveau rut est survenu entre 18 et 30 jours après le premier. Ainsi, ce traitement n'a pas suffi à rétablir un rythme normal. En prolongeant le traitement pendant 3 semaines, à la dose de 140 unités-souris par semaine, on a fait apparaître des périodes de rut durant en moyenne 21 jours.

L'hormone préhypophysaire a été utilisée chez 12 femelles à la dose de 12,3 unités-souris injectée quotidiennement jusqu'au début d'une période œstrale. Celle-ci est survenue 3 à 5 jours après le début du traitement, mais elle n'a pas reparu de nouveau spontanément. Chez 11 animaux, un traitement plus prolongé (0,7 unités-souris par semaine) a fait constater 5 fois sur 9 une amélioration du cycle. Les animaux de contrôle, qui n'ont pas été traités, ont, pendant ce traitement prolongé, présenté également un rut spontané, de telle sorte qu'il n'est pas certain que ce traitement ait agi. Dans tous les cas, un traitement court ne suffit pas plus chez les femelles impubères que chez les femelles adultes à faire apparaître un cycle régulier.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT FUR HALS-, NASEN UND OHRENHEILKUNDE
(Munich)

G. Bodechtel et **H. Richter** (Erlangen). ***Sur les symptômes en foyer du lobe pariétal dans les thrombophlébites d'origine otitique du côté opposé*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, t. XXXII, fasc. 5, 20 Mars 1933). — Un homme, âgé de 67 ans, présente, du côté de l'oreille gauche, des douleurs et une surdité qu'il fait remonter à un coryza aigu survenu un mois auparavant. Des troubles de la préhension du côté du membre supérieur gauche amènent le malade à l'hôpital. On constate alors qu'il existe de l'astéréognosie, un défaut d'orientation du côté gauche, une hémiparésie et une hémianalgésie également du côté gauche. Ces signes font porter le diagnostic de lésion du lobe pariétal droit. L'opération montre que l'antre est indemne, mais on constate, outre un abcès périsinusien et un abcès extradural, une thrombophlébite ancienne du sinus latéral, qui remonte jusqu'au pressoir d'Hérophile.

Le malade succombe neuf jours après l'intervention.

L'autopsie montre l'existence d'une méningite suppurée diffuse. D'autre part, on ne trouve à l'œil nu aucune lésion apparente de la corticalité au niveau du lobe pariétal droit; mais, au microscope, on constate aisément dans cette région des altérations profondes, caractérisées par une fonte cellulaire intense, encore que limitée aux trois couches superficielles de la substance corticale; en outre, la névroglie est le siège d'une prolifération considérable.

Francis Munch.

W. Brauer (Dresde). ***Les hémorragies au cours des affections de l'amygdale*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, t. XXXII, fasc. 5, 20 Mars 1933). — Depuis qu'en 1886 Vergely a pu réunir 16 observations de perforation spontanée de la carotide interne dans l'angine phlegmoneuse, ces accidents sont bien connus en France. Des travaux récents ont paru confirmer le bien-fondé de la manière de voir en vertu de laquelle la carotide interne doit être incriminée dans ces hémorragies plutôt que l'externe. C'est ainsi que naguère encore Skoog a pu établir que la carotide interne était effectivement en cause dans 26 cas sur 29 où la vérification anatomique a pu être pratiquée. Or, cette proportion ne serait conforme à la réalité que pour les faits, heureusement rares, d'hémorragie cataclysmique, se terminant par la mort. Dans la majorité des cas, en effet, les hémorragies observées au cours des angines paraissent dues bien plutôt à une lésion d'une branche de la carotide externe. Il en fut ainsi notamment dans les 9 cas que l'auteur a pu recueillir dans le service de Lange, à Leipzig, depuis 1925.

Un de ces faits s'est terminé par la mort et l'autopsie en fut instructive.

Il s'agissait d'un enfant de 5 ans chez lequel on avait incisé, huit jours auparavant, un abcès de l'amygdale gauche. Des complications (érysipèle, otite, phlegmon cervical) étant survenues, le petit patient fut envoyé à l'hôpital. Un débridement itératif de l'abcès de la gorge ne s'accompagna tout d'abord d'aucun incident notable. Mais peu après se déclara brusquement une cyanose intense, accompagnée d'un arrêt de la respiration et d'une hémorragie profuse par la bouche. Une trachéotomie immédiatement pratiquée ne put empêcher le dénouement fatal.

A l'autopsie, on trouva l'espace latéropharyngien mué en une vaste cavité remplie de sang. Dans cette cavité plongeait, y débouchant à plein canal, l'artère faciale, sectionnée en quelque sorte à 3 cm. de son origine de la carotide externe.

Au point de vue du traitement, voici comment l'auteur schématise la conduite à tenir en présence d'une hémorragie qui survient au cours d'une angine.

S'il s'agit d'une hémorragie en nappe ou d'une hémorragie modérée, commencer par tamponner en fixant le tampon au besoin par des points de suture sur les piliers, avec ou sans amygdalectomie préalable. Si l'on trouve le vaisseau qui donne, le lier. En cas d'échec, recourir à la ligature de la carotide externe.

Lorsque l'hémorragie est abondante, la manière de procéder diffère suivant que l'on intervient au moment de l'hémorragie ou après.

Dans le premier cas, faire tout d'abord la ligature de la carotide externe; quand malgré cela l'hémorragie continue, lier aussi la carotide primitive.

Si, au contraire, l'hémorragie est momentanément arrêtée, lier la carotide externe et placer un fil d'attente sur la carotide primitive.

Francis Munch.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

G. B. Wislocki et **F. F. Snyder**. ***L'accélération expérimentale de la vitesse de transport de l'œuf à travers la trompe de Fallope*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LII, n° 6, Juin 1933). — Chez la lapine en état de gestation, l'injection d'urine de femme enceinte, ou de lobe antérieur d'hypophyse, est suivie d'une seconde ovulation environ 10 heures après l'injection. Grâce à ce phénomène, on peut constater qu'il est possible d'accélérer expérimentalement le transit de l'œuf à travers la trompe de Fallope et de le raccourcir de plus de 12 heures. L'œuf de la seconde ovulation, obtenu artificiellement par l'hormone hypophysaire, atteint l'utérus moins de 60 heures après l'injection, c'est-à-dire dans un temps beaucoup plus court que la normale.

Robert Clément.

Antiurique, Antiseptique et Diurétique

le

CYNUROL

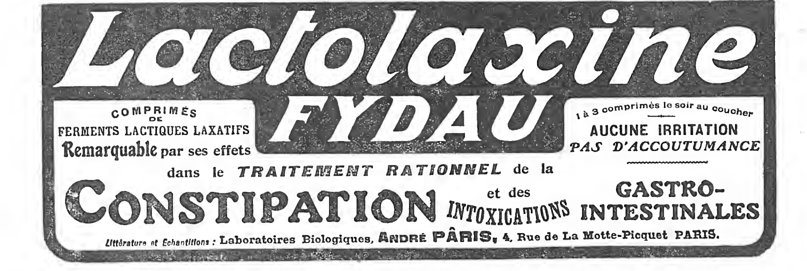
De 6 à 12 Dragées
par jour
LABORATOIRES ROSA
1, Place Champerret, Paris-17e

Drague la boue urique

et sauvegarde les voies urinaires







M. M. Wintrobe et **H. S. Shumacker.** ***Coïncidence de l'anémie macrocytique avec des troubles hépatiques et considérations sur les rapports de cette anémie avec l'anémie pernicieuse*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LII, n° 6, Juin 1933). — W. et S. rapportent 3 observations personnelles, dont ils ont pu rapprocher 8 autres cas analogues, d'anémie macrocytique typique, avec achlorhydrie, même après histamine, survenue chez des malades que l'on découvrit par ailleurs présenter d'importantes lésions hépatiques (cirrhose atrophique ou hypertrophique, cirrhose pigmentaire, ictère avec hépatomégalie, carcinome primitif du foie).

L'anémie macrocytique associée à une maladie du foie est en général modérée, la macrocytose est presque uniforme, il y a très peu d'anisocytose et pratiquement pas de poïkilocytose. Dans plusieurs cas, il y eut des rémissions spontanées et rapides, quoique 2 fois seulement l'augmentation du nombre des globules coïncidât avec une amélioration clinique. Dans 3 cas, il n'y eut pas de réponse nette à l'hépatothérapie, mais dans un quatrième, une importante augmentation des réticulocytes.

Il est peu probable qu'il s'agisse d'anémie pernicieuse associée à un trouble hépatique ; sur les 10 cas où le chimisme gastrique a été fait, il existait 6 fois de l'acide chlorhydrique libre, dans aucun on ne put mettre en évidence une cause connue d'anémie macrocytique.

On peut supposer que le foie est le siège de réserve, et peut-être d'élaboration, du principe hématopoïétique produit par l'action conjuguée des 2 facteurs intrinsèque et extrinsèque de Castle, et que ce type d'anémie peut survenir à côté des anémies macrocytiques dues à l'absence de facteur intrinsèque dans la sécrétion gastrique ou à la carence du facteur extrinsèque dans le régime. Elle serait alors la conséquence soit d'un trouble hépatique qui empêche la mise en réserve du principe hématopoïétique dans le foie, soit d'une combinaison d'altération gastrique partielle et de lésions hépatiques.

Robert Clément.

AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

M. Samuel Peck et **A. Morris Goldberger.** ***Traitement des hémorragies utérines par le venin de serpent (ancistrodon piscivorus)*** [*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. XXV, n° 6, Juin 1933]. — D'heureux essais expérimentaux dirigés contre le purpura ont déterminé Peck à employer le venin d'un serpent chez des femmes souffrant d'hémorragies diathésiques : il avait vu que la prolongation du flux menstruel, chez des femmes atteintes de purpura thrombocytopénique, était jugulée, ce qui l'a décidé à appliquer le même traitement à divers genres de métrorragies. Il a fait une communication, pour prendre date, en Juin 1932. Les observations, relatées dans le présent travail, sont celles de patientes chez lesquelles avaient échoué les moyens habituels.

Doses et mode d'administration. — Le titre de la solution était de une partie pour 3.000 de sérum physiologique. Les premières injections étaient de 0 cmc 2 et les suivantes de 0 cmc 4, à raison de deux par semaine. La durée du traitement a été de trois à six mois. Il est bon de suivre les patientes trois mois au moins, même si une amélioration se manifeste, avant de pouvoir affirmer l'efficacité de la thérapeutique. Les points de pénétration de l'aiguille des 5 ou 6 premières injections seront distants d'au moins 10 cm., et en alternant des membres supérieurs aux inférieurs. Quelques sujets, après la quatrième ou cinquième injection, réagissent à la protéine du venin. Une tuméfaction érythémateuse, ovoïde, s'installe autour de la piqûre dans les quatre à douze heures et peut durer jusqu'à quarante-huit heures. On n'a pas vu de réaction générale. Lorsque survient une telle sensibilisation, il est prudent d'étendre la solution avec du sérum physiologique jusqu'à 1 pour 10.000; mais, il faut poursuivre la cure jusqu'à ce que la dose de 0 cmc 4 de la solution à 1 pour 3.000 soit tolérée. En agissant ainsi, la désensibilisation fut obtenue dans tous les cas sans autre moyen.

Données cliniques. — Il fut traité 12 patientes atteintes de pertes sanguines utérines. L'influence modératrice sur 5 d'entre elles est représentée dans 5 diagrammes. Le cas où l'amélioration a été le plus tôt obtenue est celui d'une fille de 12 ans. Ses trois premières périodes furent à peu près normales en quantité et durée. En Janvier, sans raison apparente, elle se mit à perdre profusément durant des semaines ; à la suite de deux injections, pratiquées les 20 et 22 Avril, l'écoulement avait cessé le 24 Avril et n'avait pas reparu le 14 Juin. A la plupart des malades, il a fallu 6 injections environ, en deux ou trois semaines, avant que fût noté un effet curatif. Avec la cessation des pertes se produisait une rapide amélioration de l'anémie consécutive, lorsqu'elle existait. Dans 10 cas, le résultat fut bon; il n'en fut pas ainsi dans le douzième. Il s'agissait d'une femme de 30 ans, présentant depuis trois ans des pertes irrégulières et profuses; utérus en rétroflexion avec des adhérences, ovarite sclérokystique bilatérale; a subi 3 curettages. La cure est commencée le 30 Janvier 1932, pendant une perte qui durait depuis huit jours, à raison de 2 injections par semaine de 0 cmc 4 de la solution à 1 pour 3.000. Après 4 injections, faites en dix jours, l'écoulement cesse. On prolongea le traitement, jusqu'au 17 Mars, par une injection hebdomadaire. Mais des récidives suivirent cette amélioration; à un moment, il fut nécessaire pour cause de sensibilisation d'atténuer le taux de la solution de venin et, finalement, d'opérer les kystes et la rétroflexion. Décès; l'autopsie montra une espèce de maladie de Hodgkin généralisée.

Henri Vignes.

E. D. Colvin. ***Analyse de 220 cas de section césarienne abdominale*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. XXVI, n° 1, Juillet 1933). — Relevé des césariennes pratiquées dans sept hôpitaux d'Atlanta, de 1925 à 1930.

Fréquence : 220 cas sur 20.286 accouchements (soit une césarienne pour 92 accouchements).

Mortalité maternelle : 12 (soit un peu plus de 5 pour 100).

Dans 59,6 pour 100 des cas, le travail n'était pas commencé.

Parmi les césariennes entreprises au cours du travail, le plus grand nombre ont été faites au cours des premières vingt-quatre heures. Dix femmes ont été opérées après la soixantième heure (2 césariennes classiques, 3 césariennes avec hystérectomie, 5 césariennes basses).

Dans 81,8 pour 100 des cas, les membranes n'étaient pas rompues.

Dans 37,8 pour 100 des cas, il y avait eu manipulations (examen, ballon, tamponnement, tentative de forceps, etc...).

Indication : bassin rétréci, 18,1 pour 100; placenta praevia, 15 pour 100; dystocie (principalement musculaire), 10,4 pour 100; éclampsie, 10,4 pour 100; prééclampsie, 8,1 pour 100; césariennes antérieures pour bassin rétréci, 8,1 pour 100; césarienne antérieure avec bassin normal, 6,7 pour 100; décollement prématuré du placenta, 2,2 pour 100; antécédents de mortinatalité, 2,2 pour 100, etc.

Opérations complémentaires : stérilisation, 23,1 pour 100 des cas; myomectomie, 4 cas; réparation d'éventration, 2 cas; ovariectomie, 2 cas; appendicectomie, 7 cas.

L'opération de Porro a été pratiquée 9 fois.

Causes des morts maternelles : 8 péritonites, 3 complications pulmonaires, 1 bactériémie.

Mortalité fœtale et néonatale : 37 cas soit 16,4 pour 100 (surtout dans les groupes éclampsie et placenta praevia). A noter 2 cas d'hémorragie intracranienne. La mortalité infantile des cas de césarienne pour placenta praevia a été de 21,2 pour 100 et pour l'éclampsie de 34,8 pour 100.

Anesthésie : éthylène, 26,8 pour 100; protoxyde, 21,8 pour 100; éther, 20,4 pour 100; anesthésie locale, 9,6 pour 100; anesthésie locale et un peu d'éther, 12,8 pour 100.

Henri Vignes.

ARCHIVIO ITALIANO DI DERMATOLOGIA SIFILOGRAFIA E VENEREOLOGIA (Bologne)

M. Artom. ***Tuberculoses cutanées après la rougeole*** (*Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, t. IX, n° 2, Juin 1933). — On connaît depuis longtemps l'influence néfaste de la rougeole sur l'évolution de la tuberculose. Il y a quelques années, Hudelo et Rabut ont observé chez une fillette de 11 ans à la suite d'une rougeole un lupus disséminé à presque tout le tégument. Sézary et Pomaillaux ont vu chez un garçon de 15 ans une tuberculose verruqueuse disséminée apparaître subitement après une rougeole à évolution normale.

A. rapporte 4 cas analogues : un garçon de 8 ans présenta sur le dos et sur les flancs des plaques typiques de *lichen scrofulosorum*; une fillette de 4 ans vit apparaître sur le visage et aux membres supérieurs des *tuberculides papulo-nécrotiques*; un enfant de 9 ans fut atteint de *lupus tuberculeux* de la joue; une fillette de 9 ans eut un *érythème noueux* dans la convalescence d'une rougeole. L'intradermo-réaction à la tuberculine était ordinairement positive.

Dans 2 cas, il n'existait aucun signe de tuberculose viscérale, à part une adénopathie trachéo-bronchique ou cervicale. Mais dans les cas publiés dans la littérature, on trouve mentionnées les localisations tuberculeuses les plus variées : mal de Pott avec paraplégie, spondylite et tuberculose du testicule, spina ventosa, pleurite et arthrite tuberculeuse, tuberculose pulmonaire, méningite tuberculeuse.

La date d'apparition des lésions est variable : immédiatement après la rougeole, 2 ou 3 mois après, au moment de la disparition de l'exanthème, dans la convalescence.

La multiplicité des lésions cutanées et leur dissémination, leur localisation plus fréquente aux extrémités et à la face, leur apparition simultanée à type exanthématique, l'existence fréquente de lésions viscérales associées et de signes de tuberculose constitutionnelle révélés par l'examen clinique et la cuti-réaction, tous ces signes sont en faveur de la théorie *hématogène*.

R. Burnier.

Franchi. ***Tuberculides vésico-pustulo-ulcéreuses*** (*Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venereologia*, t. IX, n° 3, Juin 1933). — Une prostituée de 21 ans, atteinte de syphilis et de tuberculose pulmonaire à évolution lente, vit apparaître pour la quatrième fois, à des mois ou des années d'intervalle, des lésions cutanées des membres inférieurs débutant par des vésicules blanchâtres à contenu minime, non inflammatoires, qui se desséchaient au bout de quelque temps, alors que d'autres se transformaient en pustules, puis en ulcérations arrondies et cratériformes, qui en s'étendant et en confluant formaient des ulcé-

rations plus volumineuses, à bords plutôt irréguliers, aux parois taillées à pic, à fond rouge, granuleux, facilement saignant.

Une biopsie montra dans l'épaisseur du derme la présence de nombreux nids de cellules géantes et de cellules épithélioïdes, entourées de cellules rondes et de tissu conjonctif riche en fibroblastes, en plasmocytes et en vaisseaux sanguins, avec çà et là des zones de caséification.

L'examen clinique et radiologique du poumon, la cutiréaction à la tuberculine particulièrement intense avec réaction générale pendant plusieurs jours vinrent confirmer l'origine tuberculeuse des lésions. Mais l'absence du bacille de Koch dans le pus et le résultat négatif des inoculations à l'animal font ranger ces lésions parmi les *tuberculides*.

R. Burnier.

SPITALUL
(Bucarest)

V. Tempea. ***L'alcool comme hémostatique dans les hémorragies bucco-pharyngées*** (*Spitalul*, t. LIII, n° 4, Avril 1933). — T. rapporte six observations de malades opérés pour des affections buccopharyngées, particulièrement incision d'abcès amygdaliens ou ablation des amygdales, chez qui il se développa des hémorragies violentes et résistant à tous les agents hémostatiques.

Dans le premier cas, au lieu d'eau oxygénée, on lui donna par erreur de l'alcool rectifié: or, l'hémorragie, qui avait résisté à tous les moyens habituels, s'arrêta aussitôt par une simple compression avec un tampon imbibé d'alcool. Tous les malades ont guéri simplement.

Depuis la communication faite par l'auteur au Congrès national d'Oto-Rhino-Laryngologie de 1932, tous les médecins, qui ont appliqué ce procédé, ont eu des résultats parfaits.

L'alcool agit par son action de coagulant intense; cependant, il ne faudrait pas généraliser son emploi et il ne semble pas agir en cas d'hémophilie.

M Guibé.

Et. St.-Graur. ***Rœntgenthérapie des leucémies et résultats obtenus à l'Institut de radiologie de Cluj*** (*Spitalul*, t. LIII, n° 5, Mai 1933). — A l'Institut radiologique de Cluj, il a été traité 52 cas de leucémie myéloïde à raison de 3 séances par semaine, 165 kw., 2,5 mil. amp.; 30 cm. anticathode, peau; champs multiples 10/15 cm., dose 1/4 à 1/3 H.E.D. par champ splénique; 1/3 pour les ganglions lymphatiques; 1/2 à 2/3 pour le foie et les os, quand leur irradiation était indiquée.

Parmi ces 52 cas ainsi traités, 18 ont survécu un an au début du traitement; 19 deux ans; 5 trois ans, 6 quatre ans; 3 cinq ans, et 1 seul six ans.

Parmi les 22 cas de leucémie lymphatique traités, 7 sont morts après un an, 9 après deux ans, un après trois ans, 2 après quatre ans, et les deux derniers après cinq ans.

La radiothérapie est contre-indiquée dans les cas de leucémie aiguë.

M. Guibé.

C. Stoian et **P. N. Gheonghe** (Bucarest). ***Spondylites vertébrales : sur une erreur de diagnostic dans la spondylite rhizomélique*** (*Spitalul*, t. LIII, n° 6, Juin 1933). — A propos d'un cas personnel, S. et G. étudient la spondylose rhizomélique. Elle reconnaît comme facteurs étiologiques un terrain faible, la débilité consécutive à une affection générale qui peut ultérieurement provoquer une localisation à la colonne vertébrale et à la racine des membres, le froid, l'humidité, les troubles trophiques à développement lent, d'origine diathésique et probablement souvent infectieux ou toxi-infectieux.

La spondylose rhizomélique présente des caractères qui permettent de la distinguer facilement du mal de Pott avec lequel elle est trop souvent confondue.

A la période initiale, les douleurs sont l'élément principal, avec point de départ habituel à la région lombaire, d'où elles s'étendent à toutes les articulations du corps. Elles sont violentes, persistantes et ne disparaissent qu'au fur et à mesure que s'installe l'ankylose.

L'examen radiologique montre une double lésion: l'ossification des ligaments et la soudure des extrémités articulaires. Les corps vertébraux restent cylindriques et ne sont pas plus transparents que les disques.

L'examen des urines montre la rétention dans l'organisme d'une grande quantité de phosphates destinés à assurer l'hyperossification; de même, il y a rétention d'une grande quantité d'acide urique, d'où possibilité d'uricémie. C'est en se basant sur ce fait que Lécorché rapprochait sa spondylite de la goutte et des maladies diathésiques plutôt que des maladies infectieuses.

C'est une affection à marche lente, durant des années et aboutissant à l'ankylose du rachis, s'étendant à la racine des membres et parfois au maxillaire. L'ankylose s'effectue suivant deux types bien distincts de flexion ou d'extension, avec tous les types intermédiaires.

M. Guibé.

CLUJUL MÉDICAL
(Cluj, Roumanie)

Gh. Popoviciu (Cluj). ***Nouvelles recherches sur la vitamine D et sur l'action déminéralisante des céréales*** (*Clujul médical*, t. XIV, n° 2, Février 1933). — C'est seulement grâce à la collaboration de la physiologie, la physique et la chimie que la clinique a pu réaliser dans ces dernières années un grand progrès en expliquant l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique du rachitisme.

Le premier pas a été la découverte de l'origine avitaminosique du rachitisme, suivie de la connaissance des caractères physiques et chimiques et du mécanisme de l'action de la vitamine antirachitique.

Les problèmes actuels à résoudre sont: la structure précise de la vitamine D, son dosage et sa toxicité de même que la connaissance du facteur rachitigène des céréales.

Les auteurs roumains, Nitescu, Popoviciu et Opreanu ont montré dans leurs récentes expériences l'effet déminéralisant du maïs chez les enfants, qui se manifeste par l'augmentation de l'élimination de Ca et de p_H dans les matières fécales et leur diminution relative, surtout pour le calcium, dans les urines. Cette action peut être contre-balancée par les rayons ultra-violets.

M. Guibé.

Gh. Popoviciu, Gr. Benetato et **N. Munteanu** (Cluj). ***L'hyperventilation volontaire, méthode de recherches physiologo-cliniques. Contribution à l'étude de la genèse et du chimisme du spasme tétanique*** (*Clujul médical*, t. XIV, n° 2, Février 1933). — Des résultats obtenus sur 37 étudiants avec 500 dosages, il résulte que l'hyperventilation volontaire provoque une diminution de tension de CO^2 dans le sang avec augmentation du p_H, de l'acide lactique, du calcium total, du potassium, diminution du phosphore. Ces troubles sont exagérés par l'adrénaline, diminués par l'ergotamine, sauf pour Ca et K qui se comportent en sens inverse.

Les phénomènes physiologo-chimiques par hyperventilation s'établissent comme il suit: chute de la tension de CO^2, d'où alcalose; arrivée à un degré suffisant, elle provoque le spasme avec hyperlactacidémie, augmentée par l'adrénaline, diminuée par l'ergotamine: augmentation des ions H, consécutive à cette hyperlactacidémie; excitation du centre respiratoire par CO^2 libéré, d'où accentuation de l'hyperpnée. Il y a donc là un véritable cercle vicieux aboutissant à une exagération du spasme.

Le spasme intense et soutenu contre-balance toutefois l'alcalose en continuant à produire de l'acide lactique et une concentration plus élevée des ions H. La formation de l'acide lactique dans la tétanie par hyperventilation est donc la conséquence du spasme et pas seulement de l'alcalose. Le spasme sert à combattre les modifications produites par l'hyperventilation.

M. Guibé.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

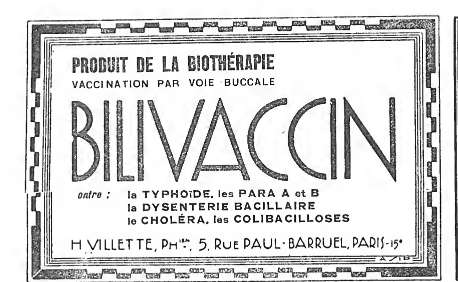
E. Thomas. ***Recherches expérimentales sur l'action des somnifères à la station scientifique de Jungfraujoch*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 14, 8 Avril 1933). — On a procédé, à diverses reprises, à des recherches sur l'action des hypnotiques à l'altitude et notamment sur l'alcool (Mosso), sur le bromoforme et sur le bromure d'éthyle (Hesse), sur l'éther (Rathener), etc. Une enquête faite par T. auprès des médecins de La Paz (Bolivie) n'a cependant pas donné des résultats significatifs. Mais Ruppaner considère qu'à Samaden il faut plus d'éther que dans la plaine pour obtenir une bonne narcose.

T. a repris ces recherches sur des lapins arrivés, les uns quatre jours avant lui, les autres en même temps que lui. Il a employé comme hypnotique des solutions d'hydrate de chloral à 2 pour 100, de luminal à 20 pour 100 et de dial à 10 pour 100. Alors que pour l'hydrate de chloral la dose nécessaire pour obtenir le sommeil est, dans la plaine, d'après Wiki, de 0,12 gr. par kilogr., à Jungfraujoch cette dose a des effets nuls sur les animaux arrivés depuis quatre jours. Le luminal à la dose de 0,08 qui d'ordinaire détermine le sommeil n'a eu que des effets assez peu marqués. En ce qui concerne le dial les effets ont été un peu plus nets.

Chez les trois animaux arrivés à la station le jour où les expériences ont commencé, on a obtenu avec le dial des effets très marqués pour le premier, moins pour le second et très peu pour le troisième.

Ainsi l'acclimatation exerce une influence sur l'action des hypnotiques employés.

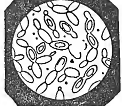
P.-E. Morhardt.



PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
BILIVACCIN
contre : la TYPHOÏDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES
H. VILLETTE, Ph^{ien}, 5, Rue PAUL-BARRUEL, PARIS-15e



AVIS à MM. les DOCTEURS et ACCOUCHEURS



REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Noël Fiessinger, Michel Albeaux-Fernet et **Alfred Gajdos.** ***Contribution à l'étude des lipases du sérum*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIV, n° 2, Juillet 1933). — Dans ce mémoire très documenté, F., A.-F. et G. exposent successivement: la technique employée, les résultats expérimentaux qu'ils ont observés chez le chien, les résultats pathologiques chez l'homme. Puis ils donnent un aperçu général, envisageant les lipases totales, les lipases quinino-résistantes, les lipases atoxylo-résistantes.

De leurs constatations expérimentales et cliniques, il découle que dans les cas d'amaigrissement rapide ou de cachexie, quelle qu'en soit la cause, on peut observer une diminution des lipases totales du sérum comme s'il s'agissait ou bien d'un épuisement lipasique ou bien d'un trouble physico-chimique du sérum dépendant lui-même de l'altération du métabolisme général.

L'augmentation de la lipase quinino-résistante est fréquente au cours des affections hépatiques, mais nullement caractéristique. Sa constatation ne permet donc pas d'établir la moindre opinion diagnostique ou pronostique.

Par contre, si l'augmentation de la lipase atoxylo-résistante est observée dans les affections intéressant le pancréas, elle semble faire entièrement défaut quand le pancréas est indemne. Mais cette augmentation n'est pas caractéristique des affections pancréatiques, elle est nettement influencée par le corps thyroïde et vraisemblablement par d'autres glandes vasculaires internes.

L. Rivet.

Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, Mme et **M. Henri Desoille.** ***Remarques cliniques sur l'opothérapie hépatique (L'extrait de foie à doses élevées par voie parentérale)*** [*Annales de médecine*, t. XXXIV, n° 2, Juillet 1933]. — L'opothérapie hépatique est infiniment plus active par voie parentérale (injections sous-cutanées, intra-musculaires ou quelquefois intraveineuses), que par la bouche.

En outre, la qualité de l'extrait et la dose injectée jouent un rôle capital. En augmentant les quantités, on obtient souvent, sans inconvénient notable, des résultats incontestables, même dans des cas très graves. La posologie varie du simple au centuple suivant les cas.

Les indications de l'opothérapie hépatique injectable sont extrêmement étendues:

A faible dose (1 cmc correspondant à 0 gr. 10 d'extrait sec deux fois par semaine), elle évite ou diminue les accidents des médications toxiques (arsenic, mercure, or, bismuth, iodures; vaccins, sérums), dont elle active d'ailleurs l'efficacité.

En quantité moyenne (extrait injectable, variant de 0 gr. 10 à 1 gr. d'extrait sec, chaque jour), elle améliore indiscutablement certains symptômes liés à des insuffisances hépatiques légères (migraines, urticaires, prurit, eczéma, érythrodermies, acné).

Dans les infections, les intoxications ou les cirrhoses s'accompagnant d'insuffisance hépatique plus ou moins prononcée, l'opothérapie injectable atténue considérablement cette dernière. La dose doit être proportionnée à chaque cas.

Dans l'ictère grave, de *fortes quantités* (2 cmc à 4 cmc d'extrait concentré, correspondant à 30, 60 gr. et même plus, de foie frais) combattent efficacement les hémorragies et les phénomènes nerveux et retardent nettement l'évolution fatale des accidents.

Chez de très rares malades, les doses trop fortes semblent pouvoir provoquer de l'hépatalgie, de la diarrhée, mouvements légers et de peu d'importance, ou réveiller des coliques vésiculaires anciennes. Peut-être d'ailleurs, dans certains cas, ce traitement « pierre de touche » permettra-t-il de mettre en valeur des phénomènes hépato-vésiculaires latents et de servir ainsi de procédé de diagnostic.

L. Rivet.

ANNALES DES MALADIES VÉNÉRIENNES
(Paris)

Rivelloni. ***Un cas de proctite ulcéreuse gonococcique*** (*Annales des maladies vénériennes*, t. XXVIII, n° 8, Août 1933). — Une prostituée de 35 ans présente autour de l'orifice anal des excroissances frangées, rosées, mollasses; en écartant ces excroissances, on note un écoulement de pus jaunâtre et une ulcération qui intéresse presque tout le pourtour de l'anus et s'enfonce vers la muqueuse rectale. Au-dessus d'elle, une autre ulcération se prolonge dans l'ampoule rectale. La palpation et la rectoscopie ne sont pas douloureuses.

L'examen bactériologique permit de déceler des gonocoques dans l'urètre, à l'orifice externe du canal cervical et à la surface des ulcérations anales. L'ensemencement du pus donna naissance à des cultures typiques de gonocoques.

Le traitement consista en attouchements des ulcérations anales avec de l'argentoiacol de 1 à 5 pour 100 et en 12 injections de vaccin antigonococcique polyvalent. La guérison complète fut obtenue en 114 jours.

L'infection gonococcique ano-rectale peut donc aboutir à des ulcérations de la muqueuse.

R. Burnier.

Berkel et **Sourgik.** ***Traitement de la lymphogranulomatose inguinale par les injections de lait, de glycérine et de pus-vaccin dans les ganglions*** (*Annales des maladies vénériennes*, t. XXVIII, n° 8, Août 1933). — B. et S. ont traité 16 malades atteints de maladie de Nicolas-Favre par la méthode intraganglionnaire, 13 furent soumis au traitement par le lait (2 guérisons, 3 améliorations notables, 5 améliorations, 3 non modifiés), 2 ont reçu le traitement par la glycérine (1 amélioration, 1 échec); 1 autre traité par l'antigène de Frei (pus-vaccin et auto-pus vaccin) fut amélioré.

Ces divers traitements intraganglionnaires donnent donc en général de bons résultats et diminuent la durée de la maladie. Il est probable que l'action irritante de cette médication provoque la désensibilisation du tissu lésé.

Le moyen le plus accessible à la campagne est le lait, qu'on injecte dans les ganglions à petite dose de 0,2 à 0,3 tous les 2 ou 3 jours.

On peut employer la glycérine à la dose de 1,5 à 2 cmc.

Il faut faire en général 12 à 15 injections.

Il est utile d'associer cette méthode à la diathermie.

En cas de formation d'abcès, on évacuera chaque jour le pus avec une seringue; on appliquera localement des compresses humides et on continuera le traitement intraglandulaire. Si des trajets fistuleux persistent, on aura recours à la radiothérapie.

Si cette thérapeutique échoue, on enlèvera chirurgicalement les trajets fistuleux et les ganglions correspondants.

R. Burnier.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

G. Montreuil-Straus. ***L'éducation sexuelle*** (*L'Hygiène Mentale*, t. XXVIII, n° 4, Avril 1933). — Il faut réfuter tout d'abord les objections préjudicielles soulevées par la simple idée d'une « éducation sexuelle ». Elle se pratique dans les pays anglo-saxons sous le nom de « social hygien ». On ne doit pas l'envisager seulement comme un acte de défense contre les maladies vénériennes, la prostitution, la dissolution des mœurs, mais comme une œuvre constructive de formation des caractères, de préparation des adolescents à leur rôle biologique et social.

On dégagera la fonction de reproduction de ses déformations et perversions, lesquelles seront laissées dans l'ombre.

M.-S. écarte l'initiation sexuelle proprement dite, mais préconise une instruction graduée, en rapport avec le développement de l'enfant et ses connaissances d'histoire naturelle. On lui montrera l'universalité des faits de reproduction dans la nature. Puis, avant la puberté, il sera éclairé sur le rôle de la femme, pour lequel on lui enseignera le respect. Enfin, quand s'éveillera la curiosité sexuelle, on lui donnera des notions plus précises sur l'acte fécondant, ses dangers, les maladies vénériennes.

Des conférences ont été organisées dans cet esprit pour les élèves des Ecoles normales, âgées de 16 à 19 ans. L'intérêt qu'elles ont suscité justifie la diffusion de telles méthodes.

G. d'Heucqueville.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

Pierre Pruvost et **Henrion.** — ***Pneumothorax invisibles ou masqués*** (*Revue de la Tuberculose*, n° 5, Mai 1933). — A l'aide d'observations judicieusement choisies, P. et H. montrent qu'un pneumothorax artificiel ou spontané peut être presque invisible sur une radiographie ordinaire, et apparaître de façon très précise à l'aide d'un changement de position ou d'une injection de lipiodol. D'autre part, un pneumothorax peut paraître minime sur une radiographie ordinaire, alors qu'une radiographie de profil le démontrera très étendu. Dans ces 2 cas, la cavité du pneumothorax est masquée en totalité ou en grande partie par une lame pulmonaire, et, pour dissocier les deux images, il est indispensable d'avoir recours à l'un des procédés indiqués.

L. Rivet.

W. Jullien et **H. Mollard** (Trespoey). ***La place du pneumothorax double dans le traitement des tuberculoses pulmonaires bilatérales*** (*Revue de la Tuberculose*, n° 6, Juin 1933). J. et M. basent cet important travail sur 50 observations de pneumothorax bilatéraux, presque tous créés à Pau et régulièrement suivis par eux. Sur ce nombre, 26 sont morts, 24 sont vivants.

Parmi les 26 malades décédés, 3 sont morts d'une affection intercurrente; 11 continuèrent à présenter des phénomènes évolutifs; 7 moururent à la suite d'une perforation spontanée; 2 moururent subitement alors que tout paraissait aller normalement; 3 moururent à la suite d'une perforation traumatique.

Sur les 24 malades vivants, 8 ont été améliorés par le pneumothorax double seul; 7 ont été très améliorés par le pneumothorax, auquel il a fallu ajouter ou substituer d'autres méthodes; 7 ont été simplement améliorés par le pneumothorax double,

et 2 légèrement améliorés, ce qui n'empêcha pas de voir chez les 2 apparaître ultérieurement des phénomènes évolutifs.

Dans l'ensemble, 54 pour 100 d'améliorations, dont 30 pour 100 très brillantes, et 46 pour 100 d'échecs. L'expectoration bacillifère fut supprimée dans 30 pour 100 des cas. Mais la méthode aggrava les malades dans environ un quart des cas.

Les complications observées furent: la mort subite probablement par collapsus cardiaque dans 2 cas; des épanchements pleuraux dans 31 cas; 3 perforations traumatiques et 7 spontanées; un cas de communication interpleurale à soupape qui apparut spontanément et s'oblitéra peu à peu; certains troubles digestifs avec amaigrissement; une paralysie bilatérale des sciatiques poplités externes probablement par embolie gazeuse; un syphilitique présenta une crise d'angor. La dyspnée fut rarement observée.

Les plus fortes améliorations s'obtiennent dans les cavernes isolées. L'état évolutif des lésions lors de la création du second collapsus est très important. Le pneumothorax double réussit presque toujours à froid, il échoue presque toujours à chaud. Le pronostic paraît d'autant plus favorable qu'il s'écoule 1 an, 18 mois entre les deux créations. La qualité du collapsus a une importance primordiale: un pneumothorax double est d'autant moins efficace qu'il est moins libre.

Evidemment, bien des améliorations sont précaires. Mais il n'est pas vrai de dire que le pneumothorax ne fait que doubler les risques d'accidents. Néanmoins, avant de créer un pneumothorax double, il faut essayer autre chose (traitement aurique; pneumothorax et phrénicectomie contro-latérale par exemple). Le pneumothorax double n'a qu'une indication d'urgence: la bilatéralisation congestive rapide, encore localisée, l'hémoptysie grave que les autres méthodes sont impuissantes à arrêter; partout ailleurs, il faudra tenter de refroidir les lésions. Enfin, si le pneumothorax double est incomplet, il faut tenter de le corriger (section d'adhérences, oléothorax ou sérothorax, apicolyse, phrénicectomie). Si enfin le pneumothorax double est inefficace, il faut l'abandonner, car un pneumothorax inutile est un pneumothorax dangereux (Rist), et lui substituer d'autres méthodes (chirurgie parfois).

L. Rivet.

F. Cordey et **P. Philardeau.** ***L'alcoolisation du nerf phrénique dans la tuberculose pulmonaire*** (*Revue de la Tuberculose*, n° 6, Juin 1933). — C. et P. ont proposé cette méthode en 1931. Ils étudient sa valeur aujourd'hui, avec un recul de 3 ans. Sur 16 cas, 4 sont morts; 1 fut perdu de vue au bout de six mois, mais durant ce temps, l'immobilisation du diaphragme s'était maintenue parfaite; sur les 11 autres, 7 conservent leur paralysie diaphragmatique; 4 ont récupéré leur fonction dans des délais variables, allant de 6 mois à un an; sur ces 4, 2 ont été réopérés, alors que les 2 autres ont été jugés suffisamment améliorés pour ne pas être réopérés.

L'intervention est parfaitement bénigne. Ses résultats immédiats sont identiques à ceux de l'exérèse du nerf. Mais la régénération ultérieure du nerf est possible, ne faisant sentir ses effets sur le muscle qu'au bout d'un délai d'un an minimum.

C. et P. précisent certains détails de technique; ils préconisent l'emploi de l'alcool absolu, l'alcoolisation étant faite sur 5 cm. du nerf: dans ces conditions, on obtient une paralysie minimum d'un an. Sans doute, on ne peut affirmer que les malades récupéreront leurs mouvements diaphragmatiques, et l'exérèse secondaire ne se fait pas sans difficulté. Les avantages de la méthode n'en sont pas moins très appréciables.

Dans les tuberculoses pulmonaires unilatérales, l'alcoolisation doit être préférée à l'exérèse quand on désire faire la preuve de la tolérance et de l'efficacité d'une paralysie diaphragmatique partielle, notamment dans les cas de lésions apicales avec intégrité de la base, avant de tenter la thoracoplastie supérieure. Si la thoracoplastie est inévitable, le malade, par récupération ultérieure des mouvements du diaphragme, conservera le fonctionnement normal de la partie inférieure du poumon. L'alcoolisation trouve aussi des indications dans les tuberculoses bilatérales. Les indications paraissent nombreuses. Les malades bénéficient des avantages incontestés de l'immobilisation diaphragmatique, sans subir l'inconvénient de la paralysie ordinairement définitive obtenue par la phréniexérèse.

L. Rivet.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

H. Pette. ***Les bases biologiques, anatomiques et pathogéniques de la thérapeutique de la poliomyélite*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 23, 9 Juin 1933). — La thérapeutique quelle qu'elle soit, instituée à la période de paralysie, ne peut prétendre à une cure radicale des lésions. C'est au stade pré-paralytique, avant que le parenchyme soit vraiment lésé, qu'il importe d'intervenir.

Etudié expérimentalement le processus pathologique chez le singe inoculé se déroule de façon remarquablement identique quel que soit le lieu d'inoculation. Les troubles sont purement moteurs après une phase très passagère d'excitation des nerfs sensitifs ou du système végétatif. Ceci s'explique parce que le tableau clinique est dépendant strictement du degré de l'atteinte parenchymateuse et non de la réaction gliogène ou mésodermique. Or, les lésions parenchymateuses ne se sont produites que dans les zones motrices médullaires alors que les autres régions du système nerveux central ne présentent que des altérations de la névroglie.

Entre l'inoculation et l'apparition des premières lésions parenchymateuses s'écoule une période préparalytique facile à étudier chez l'animal et qui correspond au stade pré-paralytique humain. Durant cette phase un symptôme constant est fourni par la réaction du liquide céphalo-rachidien qui atteint son maximum au moment de la paralysie et régresse ensuite rapidement. Anatomiquement on peut encore noter au cours de cette évolution une atteinte progressive et non simultanée des divers segments médullaires. Enfin les divers essais d'inoculation du virus ont montré qu'une altération de la muqueuse est indispensable pour permettre la pénétration. Seules les muqueuses irritées jusqu'au saignement laissent passer le virus: frottement de muqueuse nasale, irritation de muqueuse intestinale par un médicament tel que la saponine provoquant une diarrhée sanglante, etc.

Ces divers faits ont en pratique des conséquences importantes. Tout d'abord, il faut insister sur le rôle des infections en apparence banales, retrouvées dans l'histoire des jours précédant l'affection ou décelées dans l'entourage des malades.

Le virus poliomyélitique paraît expérimentalement incapable de provoquer des lésions en dehors du système nerveux et n'altère nullement les muqueuses mêmes au niveau de sa porte d'entrée.

L'interprétation classique de ces troubles divers en période d'épidémie serait donc erronée. Il ne s'agirait pas de formes frustes, atypiques de la maladie, mais bien d'infections banales, contagieuses et susceptibles par leurs localisations sur les muqueuses de préparer et de favoriser l'entrée du virus poliomyélitique. Les sujets atteints seraient donc non pas contagieux et dangereux pour les autres, mais au contraire en état de réceptivité particulière.

Un second point est à souligner, c'est la constance et l'importance diagnostique de la réaction méningée: leucocytose souvent importante, à prédominance lymphocytaire, avec modification parallèle de l'albumine. La recherche de la réaction céphalo-rachidienne fournit donc un élément important pour le diagnostic du stade initial de la poliomyélite.

Les conséquences thérapeutiques sont enfin aisées à tirer de ces éléments. Tout l'effort doit porter sur la première période de la maladie. P. considère que le sérum de convalescent est un médicament très efficace à la condition absolue d'être utilisé avant l'apparition des paralysies.

Tout au début des troubles moteurs, du fait de l'atteinte progressive des segments médullaires, on peut espérer avoir une action sur l'extension encore persistante des lésions. Mais plus le traitement est précoce, plus il a de chances de succès. Le mode d'injection de choix est la voie intraveineuse ou intra-musculaire. Le danger de provoquer des phénomènes œdémateux locaux, susceptibles de réagir sur la moelle déjà profondément touchée, doit faire rejeter la voie céphalo-rachidienne.

G. Dreyfus-Sée.

K. Poppe. ***Traitement vaccinal de la maladie de Bang humaine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 24, 16 Juin 1933). — De nombreuses thérapeutiques ont été tentées sans succès jusqu'ici. La valeur du traitement spécifique reste actuellement en discussion. La séro- et l'hémothérapie ont été abandonnées, mais par contre les essais de vaccination paraissent plus intéressants.

Un vaccin préparé à l'aide de bacilles de Bang tués a été essayé d'abord à concentrations relativement élevées. Les réactions vaccinales accentuées ont fait diminuer la concentration et utiliser un vaccin aseptique contenant 10 millions de bacilles tués par centimètre cube; 8 à 10 injections sont pratiquées intramusculaires tous les 2 ou 3 jours en inoculant des doses progressivement croissantes de 5 à 20 millions de bactéries.

Sur 20 malades ainsi traités, 16 résultats favorables ont été observés; dans 2 cas, le succès ne fut que partiel et transitoire et enfin il y eut 2 échecs.

En général, l'efficacité de la vaccination s'apprécie après la sixième injection ou même plus tardivement encore, après la dixième et même la treizième injection. Les 4 malades considérés comme des échecs totaux ou partiels avaient été insuffisamment traités (3 à 8 inoculations vaccinales). Il semble qu'un accroissement des anticorps s'observe parallèlement au processus de guérison.

En outre, les réactions générales produites par le vaccin paraissent utiles, la guérison ayant été obtenue surtout chez les sujets qui ont eu de fortes réactions.

La médication paraît donc active dans l'ensemble, et son emploi doit être préconisé, non toutefois sans observer de grandes précautions: hospitalisation, surveillance stricte médicale, etc., afin d'éviter les incidents au cours de ce traitement encore nouveau.

G. Dreyfus-Sée.

G. Lepehne. ***Le diagnostic différentiel entre lithiase cholédocienne et tumeur*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 24, 16 Juin 1933). — Le diagnostic différentiel entre la lithiase du cholédoque et les tumeurs malignes de cette région demeure souvent difficile à affirmer. Ni les signes généraux, ni les symptômes locaux ne fournissent de preuve décisive. Dans les cas douteux, lorsque les épreuves thérapeutiques demeurent impuissantes à élucider le problème, la laparotomie exploratrice est indiquée et l'étude atten-

tive de chaque cas doit faire fixer le moment où il importe de la pratiquer. Quelques observations anatomo-cliniques viennent illustrer les difficultés et l'intérêt de la question.

G. Dreyfus-Sée.

L. Adelsberger. ***La valeur des « tests »*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 24, 16 Juin 1933). — Les tests cutanés ont fourni des résultats importants dans l'étude des maladies allergiques mais leur valeur demeure souvent discutée. En premier lieu, il importe de savoir apprécier le résultat des épreuves. Les réactions positives multiples sont souvent de fausses réactions. Dans les cas douteux, il est utile de vérifier la sensibilisation du sujet, vis-à-vis de la substance suspecte, à l'aide de la réaction indirecte de Prausnitz-Kustner. Enfin il faut aussi savoir que la multiplicité des substances capables de sensibiliser un sujet ne permet pas souvent de pousser assez loin les recherches, de telle sorte que l'échec des tentatives ne signifie pas forcément l'absence de sensibilisation des sujets; certains individus en particulier réagissent différemment vis-à-vis de substances très voisines. Au cours des diverses affections allergiques les résultats sont différents.

Le rhume des foins est l'affection au cours de laquelle les épreuves sont le plus constamment positives. Sur 150 malades, A. n'a observé que 4 échecs. L'utilisation des tests cutanés est donc ici un bon moyen de diagnostic.

L'asthme bronchique est plus complexe et on ne s'étonnera pas de ne pas toujours déceler la substance sensibilisante qui peut fort bien ne pas se trouver exactement parmi les extraits essayés.

En particulier, les sujets sensibles aux poussières, aux poils, etc., peuvent réagir négativement aux extraits animaux ou aux poussières qui ont été utilisés pour la préparation des extraits. L'étude simultanée des conditions cliniques garde donc ici toute son importance. Pourtant, malgré ces échecs, et aussi malgré la fréquence des fausses réactions, A. estime à 40 à 50 pour 100 le taux des résultats des tests valables cliniquement.

Les affections allergiques cutanées: eczéma, urticaire, sont moins favorables à cette méthode, les réactions percutanées de Jadassohn et Bloch paraissant ici plus intéressantes.

Enfin les difficultés sont au maximum lors des états allergiques du tube digestif, de l'appareil urogénital ou du système nerveux (migraine). Les résultats positifs seraient dans ces formes plus valables que les échecs.

D'ailleurs certaines sensibilisations mixtes compliquent le problème et rendent à l'observation clinique la place primordiale que nulle épreuve cutanée ne peut prétendre à lui retirer.

G. Dreyfus-Sée.

C. Ernst. ***Hypertension artérielle et pression veineuse chez l'homme*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 25, 23 Juin 1933). — La recherche systématique de la pression veineuse chez 50 hypertendus dont la plupart étaient atteints d'hypertension essentielle n'a révélé aucune augmentation de la tension veineuse.

Seuls les sujets présentant un début d'insuffisance cardiaque avaient une hyperpression veineuse. Ces observations cliniques, cadrant avec les expériences pratiquées antérieurement chez l'animal, permettent d'interpréter avec certitude l'hyperpression veineuse chez un hypertendu comme un symptôme de défaillance cardiaque débutante.

G. Dreyfus-Sée.

F. Erben. ***Résultats du traitement par la vitamine A chez l'enfant*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 25, 23 Juin 1933). — A l'opposé de l'importante littérature concernant les avitaminoses expérimentales A, les observations cliniques demeurent rares et imprécises. Seules les kératomalacies humaines ont pu être améliorées cliniquement par les préparations de vitamine A, mais en ce qui concerne les troubles de la croissance, les lésions muqueuses, ainsi que la sensibilisation accrue aux infections, nulle observation clinique démonstrative n'a confirmé le rôle du facteur A.

D'ailleurs les conclusions thérapeutiques étaient rendues malaisées par l'absence de tout médicament contenant une dose précise et contrôlée de vitamine A. Un progrès considérable a donc été effectué lors de la découverte récente de l'activité de la carotine pure cristallisée en quantités strictement dosables (5-10/1.000^e de milligramme). Cette carotine paraît cependant une provitamine transformée dans l'organisme (Glanzmann).

Le « Vogan » préparé par Merck serait un produit standardisé dont la teneur en vitamine A concentrée serait strictement dosée chimiquement et biologiquement. A l'aide de ce médicament les essais expérimentaux ont été très satisfaisants et ont démontré une large marge entre la dose thérapeutique et la dose toxique. La vitamine en solution huileuse provient d'extraits d'huiles de foie de poissons. La concentration est de 40.000 unités-rats par centimètre cube (L'unité-rat est la plus petite dose quotidienne capable de déterminer chez le jeune rat, durant 35 jours, une croissance moyenne de 3 gr. par semaine chez 60 pour 100 des animaux en expérience, et suffisante à éviter l'apparition de manifestations oculaires).

Chez 40 enfants comprenant surtout des dystrophiques (23) avec infections catarrhales à répétition et souvent rachitisme associé, la médication par le Vogan a été tentée.

La dose quotidienne était de 2 fois V gouttes et le traitement était poursuivi en moyenne 27 jours, au maximum 66 jours. Dans 17 cas sur 23, la reprise de poids fut nettement observée alors que 11 de ces enfants présentaient un arrêt pondéral déjà prolongé malgré les essais de traitement et de diététique. Deux fois la croissance ne commença qu'après la fin du traitement. La résistance aux infections n'apparaît pas clairement augmentée; cependant, dans l'ensemble, il semble que sous l'influence du Vogan les infections évoluèrent de façon plus bénigne et avec une action moindre sur l'état général et sur la courbe de poids.

Aucun résultat appréciable ne fut obtenu sur l'évolution d'un eczéma du nourrisson.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Berlin)

L. Funstein. ***La thrombopénie chronique essentielle et le système endocrinien*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 2, 12 Mai 1933). — F. donne l'observation de cinq cas de thrombopénie. Dans un premier cas, il s'agit d'une femme de 20 ans qui, tantôt, présente de l'aménorrhée et tantôt des règles extrêmement prolongées en même temps que des pétéchies et des hémorragies gingivales. L'hémoglobine s'élève à 32 pour 100, les érythrocytes à 3.4 millions et les thrombocytes à 40.000. On procède à l'irradiation de la rate qui ne modifie pas le nombre des thrombocytes. La stérilisation par irradiation des ovaires, par contre, a fait cesser les symptômes hémorragiques.

Dans un autre cas, il s'agit d'une femme de 50 ans, dont les règles ont cessé à 30 ans. La maladie a duré deux ans et s'est accompagnée d'une anémie aplastique ou aleucie hémorragique. La mort est survenue et à l'autopsie on a pu constater la présence de moelle graisseuse dans les épiphyses en même temps qu'une hypertrophie du lobe antérieur de l'hypophyse due à l'arrêt des fonctions ovariennes survenu à 30 ans. En outre, on constate l'absence congénitale d'îlots de Langerhans dans le pancréas, phénomène qui doit être en relation avec la thrombopénie constatée. Dans un autre cas encore, il s'agit d'une femme de 30 ans chez laquelle on a trouvé à l'autopsie une diminution des îlots de Langerhans, une augmentation des cellules basophiles du lobe antérieur, de l'obésité et une dégénérescence kystique des ovaires.

En total, F. conclut de ses observations à un trouble de la fonction endocrinienne utérine dans la thrombopénie chronique essentielle. L'irradiation par les rayons Rœntgen est alors utile pour inhiber les fonctions des organes en état d'hyperfonctionnement. D'autre part, l'opothérapie peut suppléer aux déficiences organiques. Cette méthode n'exclut d'ailleurs pas la splénectomie qui donne pratiquement des résultats. Mais, dans les cas de l'auteur, l'irradiation de la rate n'a pas eu d'effets.

P.-E. Morhardt.

G. Bodechtel. ***Le choc hypoglycémique et ses effets sur le système nerveux; contribution à sa pathogénèse*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 2, 12 Mai 1933). — Dans le choc hypoglycémique, ce qui est important, ce n'est pas le taux absolu du sucre du sang, mais la grandeur de la chute qui est significative. D'un autre côté, le mécanisme des symptômes est diversement interprété par les auteurs et l'anatomie pathologique de ces états est encore très mal connue.

B. donne l'observation d'un malade de 41 ans qui a été vu la première fois en 1927 pour des symptômes de diabète. La maladie exigea un traitement insulinique atteignant 20 à 30 unités 3 fois par jour qui, d'ailleurs, ne faisait pas complètement disparaître l'acétone et ne prévenait pas les phénomènes de précoma.

Un jour, en 1932, le malade s'injecta 25 unités d'insuline, puis se rendit dans l'après-midi dans les faubourgs de la ville où il avait un jardin. Il fut trouvé peu après, inconscient, par des voisins. On le reconduisit chez lui où sa femme, pensant qu'il s'agissait d'une crise de coma, lui injecta de nouveau de l'insuline sans résultat. On conduisit ensuite le malade à l'hôpital où on fit, de nouveau, des injections d'insuline et de glucose. Mais les analyses du sang montrèrent que la glycémie était basse (75 et 66 milligr. pour 100 grammes). D'ailleurs, le sucre et l'acétone avaient disparu de l'urine bien que la réaction de l'acide acétique ait été assez forte. Le malade mourut.

L'autopsie a consisté surtout à faire un examen des centres nerveux et on a noté des altérations très intenses du cortex et du strié, tandis que les régions voisines des ventricules se sont montrées indemnes. Dans l'écorce, on trouve, au voisinage des fibres en U, une région anormalement claire. La substance grise se dessine d'ailleurs mal. En outre, les cellules pyramidales sont atteintes de l'affection homogénisante qui a été observée pour la première fois au cours de l'éclampsie de la coqueluche.

Le cervelet est beaucoup moins atteint.

Il s'agit là, au point de vue clinique, d'un état d'hypoglycémie survenu après surdosage d'insuline qui aurait peut-être été prévenu si on avait diagnostiqué plus tôt la cause de ce coma. D'autre part, cette observation montre que les symptômes cliniques sont tout à fait insuffisants pour ce diagnostic. Par ailleurs, la réaction de l'acide acétique est assez surprenante et on doit se demander si une autre substance n'était pas en cause.

Au point de vue histologique, les constatations

faites sont identiques à celles qui surviennent après ligature des carotides, embolies gazeuses ou graisseuses, éclampsie de la gestation. Les lésions ont donc certainement un spasme, car des lésions vasculaires n'ont pas été observées. Il s'agirait de lésions de l'appareil cardio-vasculaire entraînant un abaissement de la pression sanguine et une dilatation des capillaires.

P.-E. Morhardt.

Hans-Georg Scholtz et **Joachim Brugsch.** ***La sécrétion gastrique dans l'alimentation jéjunale*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 2, 12 Mai 1933). — S. et B. ont repris la méthode de traitement de l'ulcère gastrique, inaugurée par Einhorn, et qui consiste à introduire les aliments par une sonde duodénale. Ils ont d'ailleurs eu recours à la méthode de Henning qui introduit un tube très fin jusque dans le jéjunum.

Tout d'abord, au moyen d'une sonde duodénale, on a recueilli, puis analysé du suc gastrique toutes les demi-heures pendant 6 heures consécutives. Cette recherche a été faite pendant que le malade avait une sonde jéjunale à demeure par laquelle on l'alimentait. Il a été ainsi constaté que le volume et l'acidité du suc sécrété n'étaient pas modifiés par l'administration et par la digestion du repas. Après la cure de traitement par la sonde jéjunale, il a été de plus constaté que l'administration, pendant quelques jours, de potages utilisés dans le traitement diététique de l'ulcère suffit pour rendre aux glandes gastriques leur activité sécrétrice.

Bien que, d'une façon générale, la sécrétion à jeun paraisse diminuer pendant l'alimentation jéjunale, néanmoins, on constate un degré important d'acidité. La mise en place exacte de la sonde et l'alimentation jéjunales font disparaître les douleurs d'une façon immédiate. La cessation de cette douleur est survenue, que l'acidité du suc sécrété à jeun soit élevée ou faible.

Au cours de la cure jéjunale, la sécrétion gastrique diminue vraisemblablement. Mais la démonstration de ce fait est difficile à fournir puisqu'on recueille des échantillons seulement de temps à autre. Il n'était donc pas inutile de recourir à une autre méthode pour vérifier ces constatations. Or, la sécrétion gastrique et l'acidité urinaire sont toujours dans un rapport étroit. On constate effectivement une alcalinurie digestive tellement caractérisée qu'elle a été proposée comme moyen d'apprécier la sécrétion gastrique. Pendant la digestion, le pH de l'urine atteint 7 ou 8. Quand il y a subacidité ou anacidité, cette ascension ne se produit pas. En recueillant l'urine à 6, 8, 12, 16 et 20 heures, avec les précautions d'usage, on constate que l'urine du matin et celle de 20 heures sont généralement fortement acides et, d'autre part, qu'il y a des sommets alcaliniques. En cas d'alimentation par la sonde jéjunale, le pH urinaire donne une courbe droite sans sommets alcaliniques, variant de 5,5 à 6. C'est là une courbe identique à celle décrite chez les anacides. Il y a donc lieu de considérer que cette méthode d'alimentation met l'estomac dans un état de repos sécrétoire.

P.-E. Morhardt.

Fritz Salus. ***Régulation nerveuse centrale de l'hémogramme*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 2, 12 Mai 1933). — S. donne 5 observations de malades chez lesquels le nombre des globules rouges, le taux de l'hémoglobine et la proportion des réticulocytes est augmenté. Il y avait, en outre, augmentation dans 2 cas des leucocytes, dans 3 cas des éosinophiles et dans 1 cas des basophiles. Dans un autre cas, on a constaté la présence de myélocytes et une fois de la bilirubine indirecte dans le sérum. Tous ces malades présentaient l'aspect des polycythémiques, mais la rate n'était pas augmentée. Enfin, dans 3 de ces cas, il y avait narcolepsie; dans 1 cas, obésité, post-encéphalite avec parkinsonisme léger; dans 1 cas, tumeur du lobe frontal avec troubles mésencéphaliques - hypophysaires. Cette modification des globules rouges n'était d'ailleurs pas passagère, ni par conséquent due à des influences vaso-motrices. Une déshydratation du sang n'était pas non plus en cause. D'ailleurs, dans un de ces cas, la polycythémie était nettement en relations avec les accès de narcolepsie.

Günther a déjà attiré l'attention sur la polyglobulie cérébrale et un certain nombre de cas de ce genre ont été publiés. Dans tous ces cas, qui sont très analogues à ceux de S., on constate les signes d'une hyperactivité de la moelle osseuse. Ce phénomène doit être attribué à un trouble de la régulation qui peut être dû à une excitation ou, au contraire, à la suppression d'une inhibition. Il faut admettre que, dans la substance grise du mésencéphale, il existe un centre de fabrication ou de destruction des globules rouges. Comme le centre des lésions dans la narcolepsie est situé en avant de la substance noire, c'est cette région qui doit être considérée comme responsable des polyglobulies cérébrales.

P.-E. Morhardt.

Hans-Georg Scholtz. ***Etude sur la motricité gastrique au cours de l'alimentation jéjunale*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 2, 12 Mai 1933). — La douleur de l'ulcus est considérée actuellement comme due à une contraction musculaire. Le traitement diététique par petits repas fréquents agit certainement en calmant la motricité de l'estomac. On sait cependant que l'estomac vide exécute des mouvements importants qui ne doivent pas être considérés comme indifférents dans le traitement de l'ulcus. Pour étudier cette question, S. a eu recours à la méthode de Daniélopolu, qui utilise deux ballons de caoutchouc réunis par un tube. L'un de ces ballons est introduit dans l'estomac et l'autre transmet les variations de pression à l'appareil enregistreur.

En étudiant par cette méthode la motricité de l'estomac chez des malades atteints d'ulcus, alors que le régime consistait en purée, on a obtenu un gastrogramme normal typique: en 10 minutes, il survient 14 à 20 contractions ayant chacune une durée de 10 à 40 secondes.

Mais après plusieurs semaines d'alimentation jéjunale, on a constaté que les variations de pression cessent complètement. On n'observe plus sur le gastrogramme que les variations dues au mouvement respiratoire. Après la cure jéjunale, un régime de purée fait reparaître les contractions rythmiques de l'estomac. Par contre, l'administration intra-jéjunale de liquide nutritif n'a jamais provoqué de réactions gastriques motrices. Il semblerait donc que, par cette méthode, le tonus général de l'estomac diminue. Il suffit d'ailleurs pour les faire reparaître de présenter au malade, par exemple, du lard rôti.

P.-E. Morhardt.

Lerche et **Fritz Roth.** ***La signification de l'épreuve intra-cutanée pour le diagnostic et l'épidémiologie de la maladie de Bang*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 3, 17 Juin 1933). — Un total de 39 vétérinaires et de 5 employés de l'Institut bactériologique de Breslau, s'étant occupés d'animaux atteints de la maladie de Bang ou de culture de bacille de Bang, a fait l'objet d'un examen en vue de rechercher l'agglutination et la fixation du complément du sérum. En même temps, on a procédé à une épreuve intra-cutanée, épreuve qui a été faite également chez 30 sujets sans relations avec les bacilles de Bang. Les recherches sérologiques ont toujours été négatives. Mais l'épreuve intra-cutanée s'est montrée positive 93 fois sur 100 chez les personnes qui avaient été en relation avec le bacille, tandis qu'elle a été toujours négative chez les autres.

Cette épreuve intra-cutanée montre avec une grande fréquence l'existence d'une allergie à l'égard du bacille de Bang. Mais cette réaction ne peut pas être utilisée pour diagnostiquer la maladie de Bang chez les personnes, vétérinaires, cultivateurs ou trayeurs qui ont des relations avec le bétail. De plus, cette épreuve peut être positive alors que les réactions sérologiques sont complètement négatives.

P.-E. Morhardt.

Karl Singer. ***Myosite et Eosinophilie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 3, 17 Juin 1933). — S. donne l'observation d'un homme de 66 ans qui présente une cyphoscoliose accentuée et une toux chronique, etc. On fait le diagnostic de péricardite, d'emphysème et de stase circulatoire. Son état s'améliore sous l'influence de la thérapeutique, mais on constate par ailleurs qu'il présente une anémie hypochrome avec une leucocytose variant de 12.000 à 30.000, avec 61 pour 100 de leucocytes éosinophiles et 6 pour 100 de myélocytes éosinophiles. Les éosinophiles ont varié pendant toute la durée du traitement entre 55 et 76 pour 100. Ces symptômes permettent de conclure à une irritation très importante de la moelle osseuse qui a fait songer à une helminthiase, à une trichinose, à une lympho-granulomatose et à une leucémie. Une ponction du sternum n'a pas permis de constater une augmentation des cellules immatures.

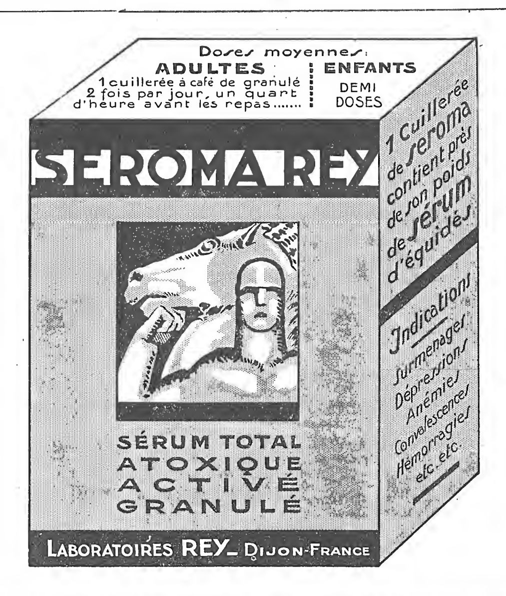
L'explication de ces phénomènes a été trouvée après la mort qui est survenue assez inopinément. On a confirmé le diagnostic clinique au point de vue des organes thoraciques; mais, de plus, on a constaté que les muscles striés présentaient des lésions chroniques dégénératives avec destruction ancienne et avancée du sarcoplasma tout à fait comme la dégénérescence musculaire Zenker. En même temps, on constate une dégénérescence vacuolaire avec perte de la striation, mais conservation du sarcolemme et de ses noyaux. Parmi les fibres conservées, il en est beaucoup qui présentent une coloration intense à l'éosine, préface de la désintégration dégénérative. Parfois, les tubes de sarcolemme étaient vides.

Il y avait donc polymyosite, sans que cependant on ait constaté l'existence dans les muscles d'infiltrations cellulaires éosinophiles. D'un autre côté, il a été constaté chez cet homme des lésions pathologiques de la partie supérieure de l'intestin grêle et des ganglions abdominaux expliquant la diarrhée qu'il avait présentée dans les derniers temps.

Il semble cependant que l'éosinophilie doit être attribuée à l'affection musculaire et considérée comme une réaction sous l'influence de substances apparaissant dans la circulation au cours de la désintégration des fibres musculaires.

L'éosinophilie a d'ailleurs été décrite dans le rhumatisme articulaire aigu. Dans la trichinose, l'éosinophilie est attribuée tantôt à une substance fabriquée par le parasite, tantôt à un produit de désintégration des muscles. En tout cas, il est remarquable que, chez cet homme, l'examen clinique n'ait jamais révélé d'altérations musculaires. On doit donc admettre que cette éosinophilie peut être due à d'autres causes qu'à la myosite par trichinose et que ce sont vraisemblablement des produits de désintégration du tissu musculaire qui agissent sur la moelle osseuse pour déclencher cette modification de la formule sanguine.

P.-E. Morhardt.


Doses moyennes:
ADULTES
1 cuillerée à café de granulé
2 fois par jour, un quart
d'heure avant les repas......
ENFANTS
DEMI
DOSES
SEROMA REY
SÉRUM TOTAL
ATOXIQUE
ACTIVÉ
GRANULÉ
LABORATOIRES REY_ DIJON-FRANCE
1 Cuillerée
de seroma
contient près
de son poids
de sérum
d'équidés
Indications
Surmenages
Dépressions
Anémies
Convalescences
Hémorragies
etc. etc.

St. Kostakow et **A. Slauck.** ***Nouvelles recherches sur le métabolisme après administration de glycocolle en cas de dystrophie musculaire progressive*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 3, 17 Juin 1933). — K. et S. donnent trois observations de sujets atteints de dystrophie musculaire progressive dont ils ont étudié les éliminations de créatinine par l'urine soit après un régime ordinaire, soit après un régime sans viande, soit enfin après administration de créatinine et de glycocolle.

L'augmentation de la créatinurie observée après administration de glycocolle doit être considérée comme l'expression d'une production synthétique à partir du glycocolle. Cependant, une fraction seulement de cet acide aminé se transforme en créatine.

Il a été constaté chez ces dystrophiques qu'à l'inverse de ce qui se passe chez les sujets sains, la créatine administrée passe tout entière dans l'urine. La tolérance observée chez les sujets sains doit être attribuée au fait que la créatine produite pendant le repos doit être remplacée par celle qui provient des aliments. D'un autre côté, certains acides aminés, et notamment le glycocolle, se montrent capables d'augmenter la créatinurie beaucoup plus que d'autres, la gélatine par exemple.

Sur un total de 9 dystrophiques, on a pu, dans 3 cas, faire disparaître cet excès de créatinurie en administrant du glycocolle. Il y a donc lieu d'admettre que les fonctions des fibres musculaires se seraient améliorées en même temps qu'il y aurait eu réparation anatomique. Effectivement, si on cesse pendant un certain temps le glycocolle pour le reprendre ultérieurement, on constate que la créatinurie se manifeste à un beaucoup moindre degré. De plus, à la fin du traitement, les malades utilisent beaucoup mieux la créatine. On doit admettre que le glycocolle administré commence tout d'abord par être transformé pour une part en créatine qui aide à réparer les fibres musculaires altérées. Plus tard, d'autres protéines peuvent être également utilisées. P.-E. Morhardt.

H. Mommsen. ***Contribution hématologique au problème de la diphtérie maligne*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 3, 17 Juin 1933). — L'apparition de diphtéries malignes a été attribuée à des souches très pathogéniques ou à des infections mixtes avec des streptocoques, mais ces hypothèses n'expliquent pas tout. Il faut, comme le remarque M., faire intervenir également des particularités de l'organisme qui sont bien mises en évidence par le fait que ces diphtéries malignes frappent certaines familles et qu'elles apparaissent sans aucun contact épidémiologique.

Les recherches hématologiques de M. ont eu pour but de contribuer à élucider cette sensibilité spéciale en faisant des examens de sang coloré avec la solution de Giemsa d'un *pH* de 5,4; on constate que le leucocyte normal finement granuleux ne présente aucune granulation. Mais à côté de ces cellules, il en existe d'autres avec des granules plus ou moins foncés. Ces cellules ainsi modifiées sont appelées « leucocytes toxiques ». Mais M. préfère parler simplement de granules pathologiques.

En examinant quotidiennement le sang à ce point de vue au cours d'infections aiguës, il a été constaté que ces granules montrent que l'organisme vient à bout de l'infection. Dans la pneumonie lobaire, le maximum de ces granules pathologiques se retrouve après la crise. Il y a donc lieu de penser que dans les infections à évolution fatale ces granules doivent diminuer parce que les résistances organiques cèdent. Par exemple, dans une diphtérie moyennement sévère, le nombre des cellules à granules pathologiques s'élève à 96 pour 100; par contre, dans un cas de diphtérie maligne, le chiffre maximum a été seulement de 27 pour 100. La numération des cellules ainsi modifiées constitue donc une méthode objective d'appréciation des pouvoirs de défense.

En cherchant à stimuler par des méthodes thérapeutiques les forces de défense, M. a effectué d'abord une injection de pyrifer et sans aucun effet. Mais l'art du médecin consiste précisément à trouver un irritant approprié (Salvarsan, sérum de cheval non spécifique, etc.).

P.-E. Morhardt.

O. Bickenbach. ***Les effets de la quatrième substance endogène hypotensive sur la circulation chez l'homme*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 3, 17 Juin 1933). — La quatrième substance endogène hypotensive décrite par Lange et Félix abaisse d'une façon passagère, mais très importante, la pression sanguine. Elle agit d'abord sur les artérioles qui sont dilatées, ce qui diminue la résistance périphérique. Par contre, les capillaires ne sont pas modifiés. Le tonus des grosses artères et notamment celui de l'aorte s'abaisse également. L'aorte devient plus extensible et la vitesse de transmission de l'onde sanguine diminue dans l'aorte. L'amplitude du pouls est modifiée de façon variable. Elle diminue quand le pouls s'accélère et inversement. Ainsi le débit par pulsations augmente. En tout cas, il ne se produit pas de stase et le cœur, s'il est normal, vient à bout de l'augmentation de sang qui lui arrive.

Deux minutes après l'injection, on constate une augmentation nette du sang circulant. D'autre part on peut, par l'observation des vaisseaux de la conjonctive du chat, constater que cette quatrième substance supprime un choc histaminique sévère parce qu'elle n'agit pas sur les capillaires et, en somme, augmente la circulation générale.

P.-E. Morhardt.

Karl Singer. ***Polycythémie et troubles de la circulation splénique. Contribution à la pathogénèse de l'érythrémie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 3, 17 Juin 1933). — S. donne l'observation d'une femme de 72 ans qui fait un ictus apoplectique et qui présente une coloration violet foncé du visage et des extrémités du pharynx. En outre, les lèvres et les ongles sont très cyanosés. Partout ailleurs la coloration de la peau est normale. Dans le sang recueilli au niveau des régions présentant une coloration foncée, on obtient 7,1 à 8,8 millions d'érythrocytes, tandis que le taux de l'hémoglobine varie de 123 à 144 selon Sahli. Dans les régions normales, le nombre des érythrocytes varie de 4,8 à 6,1 millions et l'hémoglobine de 80 à 90.

Il s'agit donc d'une polyglobulie régionale. La femme ne tarde pas à mourir et, à l'autopsie, on constate une athéromatose de l'aorte, une sclérose très sévère de l'artère splénique, avec anévrysme cirsoïde et augmentation du volume de la rate. La moelle osseuse est très fortement colorée.

Or, tandis que les thromboses de la veine splénique sont plutôt conséquences que cause de la polycythémie chronique, par contre, les troubles artériels de la circulation splénique s'accompagnent de lésions tissulaires de la rate et entraînent des états polycythémiques.

Il en est de même pour la tuberculose splénique, la cirrhose splénomégalique. Toutes ces affections, de même que la polycythémie vraie, doivent être considérées comme des polyglobulies splénogènes. L'explication de cette polyglobulie régionale n'a pas encore été donnée d'une manière très satisfaisante. On fait intervenir une ataxie des précapillaires, mais d'autres régulations doivent jouer un rôle. En tout cas, ces phénomènes devraient être étudiés de près. D'un autre côté, les modifications de la teinte de la peau qui s'observent dans la polycythémie ne sont pas exclusivement dues aux modifications du sang circulant.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Leipzig)

A. Smechel (Cologne). ***Au sujet de la question de la sérothérapie de la péritonite*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXL, fascicule 8-9-10, Juin 1933). — S. remarque que, depuis la guerre, les chirurgiens ont essayé d'améliorer les résultats du traitement des péritonites aiguës diffuses et que leurs tentatives peuvent être classées en deux catégories. La première tentative consiste à neutraliser les toxines bactériennes par l'injection intra-péritonéale d'une solution de pepsine acide; la seconde tentative consiste dans l'injection de sérum antibactérien qui sera tantôt un sérum contre les germes anaérobies, tantôt contre les germes aérobies, tantôt un sérum anticolibacillaire et antigangreneux. Faisant état de 56 cas de péritonite aiguë diffuse, S. exprime toutes réserves quant à l'efficacité de la sérothérapie dans les cas authentiquement graves. De même, la chimiothérapie s'est montrée trop inconstante pour qu'on puisse la prôner.

P. Wilmoth.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY and SYPHILILOGY (Chicago)

Shivers. ***Embolie pulmonaire après injection intraveineuse de novarsénobenzol*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 6, Juin 1933). — Les accidents mortels à la suite d'injection de novarsénobenzol sont heureusement rares; cependant on en compte annuellement 800 aux Etats-Unis. La proportion de morts varie suivant les statistiques: 1 :7.000, 1 :11.000, 1 :16.000 injections.

S. rapporte l'observation suivante: un homme de 29 ans, atteint de chancre syphilitique, reçoit le 6 Octobre une première injection de 90 centigr. de novarsénobenzol; il ressent immédiatement une violente brûlure thoracique et, la nuit suivante, le médecin constate les signes d'une pneumonie. Le 9 Octobre, il entre à l'hôpital, dyspnéique et cyanosé; il souffre du côté droit, tousse et crache une spume sanglante. Des râles fins s'entendent dans l'aisselle et à la base. Les leucocytes sont au nombre de 19.000 avec 93 pour 100 de polynucléaires. Les urines contiennent de l'albumine, du sang et des cellules de pus. Le pouls faiblit rapidement, la dyspnée augmente et le malade meurt dans le coma le 14 Octobre.

A l'autopsie, on trouva des signes d'embolies des artérioles pulmonaires avec abcès multiples des poumons.

S. note dans la littérature 49 cas de mort, 36 par l'arsénobenzol, 12 par le novarsénobenzol et 1 par le salyrgan.

Avec l'*arsénobenzol*, les accidents furent observés avec une dose de 40 à 60 centigr.; ils apparurent 1 minute à 5 heures après l'injection. Les symptômes habituellement notés furent: la dyspnée (81 pour 100), la cyanose (78 pour 100), la toux (78 pour 100), les crachats sanglants (5 pour 100), la douleur thoracique (62 pour 100), la rapidité du pouls (18 pour 100), la fièvre (23 pour 100), la leucocytose (23 pour 100), les signes physiques de pneumonie (23 pour 100), le choc (16 pour 100), la douleur épigastrique (5 pour 100), les vomissements (16 pour 100). La mort survient dans 81,57 pour 100 des cas, au bout d'un temps variant de 1 minute à 40 jours. A l'autopsie, on note un infarctus pulmonaire dans 33,33 pour 100 et une embolie pulmonaire dans 66,66 pour 100 des cas.

Avec le *novarsénobenzol*, la dose varie de 30 à 90 centigr.; les accidents apparurent 1 minute à

24 heures après l'injection. Les symptômes habituels furent: la dyspnée (90 pour 100), la cyanose et la toux (90 pour 100), les crachats sanglants (30 pour 100), la douleur thoracique et le pouls rapide (90 pour 100), la fièvre (20 pour 100), la leucocytose et les signes physiques de pneumonie (10 pour 100). La mort survint dans 80 pour 100 des cas au bout de 40 minutes à 40 heures. A l'autopsie, on trouva un œdème pulmonaire (50 pour 100), des abcès pulmonaires (16.66) et des embolies pulmonaires (33,33 pour 100).

Le cas de mort par le *salyrgan* survint après une injection de 1 cmc. La mort fut immédiate, par embolie pulmonaire.

Un grand nombre de cas de mort par embolie pulmonaire sont dus à la combinaison du médicament arsenical avec les protéines du plasma. Une réaction acide du médicament, indiquée par un p_H au-dessous de 7, semble être la cause de la précipitation du médicament dans le sang. L'expérimentation montre que si le p_H est inférieur à 7, l'arsénobenzol, le novarsénobenzol, le sulfarsénobenzol et le salyrgan précipitent dans le sérum du chien *in vitro;* ces mêmes médications précipitent dans le sérum du lapin *in vivo*, déterminant des embolies pulmonaires.

Il importe donc pratiquement de vérifier le p_H des médicaments employés; on peut le faire avec plusieurs indicateurs, en particulier le bleu de bromothymol, qui est jaune en solution acide et bleu en solution alcaline.

Le traitement des accidents consiste à administrer de la morphine pour calmer la douleur, l'adrénaline et les injections intraveineuses d'hyposulfite de soude sont particulièrement indiquées. La guérison s'observe dans 18 à 20 pour 100 des cas.

R. Burnier.

Laymon. ***Culture du bacille tuberculeux par la méthode de Löwenstein*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 1, Juillet 1933). — Depuis que Löwenstein déclara en 1905 avoir pu déceler la bacillémie dans la tuberculose par la culture du bacille tuberculeux dans le sang, de nombreux auteurs expérimentèrent cette méthode avec des résultats extrêmement discordants; tandis que les uns rapportent 100 pour 100 de succès, d'autres ont toujours obtenu des résultats négatifs.

L. compara les résultats obtenus en versant à la surface de différents milieux (milieu de Löwenstein, milieu de Dorset à l'œuf, milieu de Korper à la pomme de terre) une suspension de bacilles tuberculeux dans l'eau distillée stérile. 12 jours après l'ensemencement, des colonies blanchâtres, grosses comme une tête d'épingle, apparurent, visibles à l'œil nu, sur les milieux de Löwenstein et de Korper, et une semaine plus tard sur le milieu de Dorset. Un mois plus tard, les colonies étaient luxuriantes sur les milieux de Löwenstein et de Korper, plus faibles sur le milieu de Dorset. L. conclut que le milieu de Löwenstein lui paraît supérieur aux 2 autres.

De Septembre 1931 à Mai 1932, L. pratiqua 140 cultures du sang provenant de 35 malades différents: 11 tuberculeux pulmonaires avancés, 9 tuberculeux pulmonaires peu avancés, 7 tuberculoses osseuses, 1 tuberculide papulo-nécrotique, 3 lupus érythémateux chroniques, 1 érythème induré, 1 érythème noueux, 1 érythème polymorphe, 1 tuberculide en plaque.

Tous les résultats furent *négatifs*.

R. Burnier.

Wien et **Perlstein.** ***Traitement intradermique de la lymphogranulomatose inguinale*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 1, Juillet 1933). — W. et P. ont observé dans les 18 derniers mois 12 hommes et 4 femmes atteints de lymphogranulomatose inguinale, avec Frei fortement positif. Un des hommes avait un syndrome ano-rectal qu'on observe habituellement chez la femme.

Ces malades furent traités par des injections intradermiques d'antigène de Frei; 1/10 de centimètre cube fut injecté dans le derme tous les 3 à 5 jours, et une papule infiltrée apparut au siège de chaque injection en 48 heures. L'intensité de la réaction ne varia pas avec les injections successives. Parfois la réaction locale fut si marquée, qu'il fallut faire les injections suivantes en des points éloignés. Chez 3 malades qui avaient reçu 11 injections d'antigène à l'avant-bras, la réaction de Frei devint négative, mais le même antigène injecté chez les mêmes malades à la fesse ou au dos donna une réaction positive. Après une période de repos de 2 à 3 semaines, la réaction redevint positive à l'avant-bras; il y avait donc eu une immunisation locale temporaire de l'avant-bras.

Chez tous les malades, une amélioration clinique apparut immédiatement après les premières injections, même chez le malade atteint de syndrome ano-rectal.

Cette méthode simple semble préférable à celle de Gay-Prieto qui, en 1932, obtint une amélioration ou une guérison chez 5 malades traités par l'injection intraveineuse d'un antigène spécialement préparé.

Actuellement, W. et P. ont traité par leur méthode avec un antigène ordinaire 35 malades atteints de lymphogranulomatose inguinale; les résultats ont toujours été favorables.

R. Burnier.

Campbell et **Plunkett.** ***Chancre sporotrichosique*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 1, Juillet 1933). — Un homme de 31 ans vint consulter pour un doigt infecté, dont le début remontait à 5 mois. On constata sur le dos du médius droit une petite tumeur de consistance ferme de 1 cm. 1/2 de diamètre, surmontée par une petite ulcération centrale d'où suintait du séro-pus. La lésion ressemblait à un chancre syphilitique du doigt, bien que l'infiltration et l'induration spéciale fissent défaut. Un traitement arsénobenzolique n'amena d'ailleurs aucune amélioration.

L'ensemencement du pus sur gélose de Sabouraud donna naissance à des colonies blanchâtres; l'absence de pigmentation brunâtre et la présence de quelques conidies latérales permirent d'identifier le champignon comme une variété de *Sporotrichum Schenkii*.

Un traitement ioduré sous forme d'injections intraveineuses d'iodure de potassium (environ 1 gr tous les 4 jours) fut institué le 18 Mars, sans autre traitement local. Le 3 Mai, la guérison était complète.

R. Burnier.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

C. Wall et **Clifford Hoyle.** ***La forme sèche de la bronchectasie*** (*British medical Journal*, n° 3770, 8 Avril 1933). — W. et H. rapportent les observations de 20 cas de dilatation des bronches qui correspondent à la forme décrite par Bezançon, M.-P. Weill, E. Bernard et Azoulay. Dans l'étiologie de ces cas, ils ont relevé, durant l'enfance et l'adolescence des sujets, des bronchopneumonies consécutives à la rougeole, à la coqueluche ou à des grippes. Une toux sèche est le symptôme le plus fréquent, l'hémoptysie n'étant pas toujours présente. Quelques sous-crépitants, des bruits respiratoires assourdis, symptômes souvent absents d'ailleurs, marquent la zone malade. Les signes cavitaires sont exceptionnels. L'injection intra-trachéale de lipiodol reste le meilleur moyen de diagnostic.

Cette dilatation des bronches semble due à un obstacle alvéolaire. Les efforts d'inspiration font céder la bronche en amont.

Le traitement doit s'efforcer de prévenir deux complications: l'infection et les hémoptysies. Pour ces dernières, il est difficile de pratiquer un pneumothorax en raison des adhérences. La lobectomie, quand il n'y a pas d'infection, en des mains habiles, peut donner de bons résultats.

André Plichet.

M. Newman. ***Le traitement de la claudication intermittente par l'extrait de muscle*** (*British medical Journal*, n° 3770, 8 Avril 1933). — N. rapporte les observations de 10 cas de claudication intermittente qui ont été améliorés, à l'exception d'un seul, au point de vue des douleurs et de la marche, par l'extrait de muscle. Il a employé le Lacarnol et le Padutin. Le lacarnol est un extrait de muscle de mammifère qui ne contient ni histamine, ni suprarénine, ni choline et dont la nature chimique exacte est encore inconnue. Le padutin est un extrait de pancréas à formule inconnue, mais dont l'insuline est bannie. Ces deux produits exercent une vaso-dilatation sur les coronaires et sur les artères de la périphérie. N. fait une série de 6 injections intramusculaires, à raison d'une chaque jour suivie de l'ingestion de 1 cmc de cet extrait 3 fois par jour pendant quelques semaines.

André Plichet.

M. H. Gordon. ***La maladie de Hodgkin*** (*British medical Journal*, n° 3771, 15 Avril 1933). — Quoique les caractères de l'agent pathogène de la maladie de Hodgkin ne soient pas connus, il semble bien que cet agent appartienne à la classe des virus. La possibilité de produire une méningo-encéphalite chez le lapin et le cobaye après injection intra-cérébrale de tissu lympho-adénomateux, la résistance de ce virus aux phénols et aux éthers, la présence d'anticorps dans le sérum d'animaux immunisés indiquent nettement que l'on est en présence d'un micro-organisme pathogène. Ce virus résiste pendant 30 minutes à 60°. Il est inactivé à 70°. Il rentre donc dans la catégorie des virus thermostabiles et comme tel il s'apparente aux virus du Hog-choléra et de la fièvre des porcs. Le sérum de lapin ayant résisté à cette méningo-encéphalite neutralise l'agent pathogène *in vitro* quand on le met pendant deux heures en contact avec le tissu lymphoadénomateux, à 37°. On peut obtenir chez le cobaye les mêmes réactions que chez le lapin, par contre la souris semble réfractaire à cette infection.

André Plichet.

Van Roogen. ***Un test biologique pour le diagnostic de la Maladie de Hodgkin*** (*British medical Journal*, n° 3771, 15 Avril 1933). — En 1932, Gordon montra que l'inoculation intracérébrale du tissu lymphoadénomateux provoquait une paralysie spasmodique des membres postérieurs des cobayes, alors que l'injection de ganglions normaux ou leucémiques ou sarcomateux ou carcinomateux restait sans effet. Dès lors, il apparaissait que le tissu lymphoïde atteint de maladie de Hodgkin était doué de certaines propriétés et que cette réaction biologique pouvait servir au diagnostic. V. R. sur 5 malades a obtenu 3 résultats positifs, un négatif et un douteux. Il a remarqué, en outre, que le tissu lymphoadénomateux, tenu pendant dix jours dans du bouillon à — 4°, produisait une encéphalite rapide quand il était introduit dans le cerveau du lapin. Sans pouvoir préciser la nature du produit libéré par la désintégration du tissu lymphoadénomateux, il pense que ce produit est différent des toxines connues et que ce test est vraiment spécifique de la maladie de Hodgkin.

André Plichet.



VÉGÉTAUX ATOXIQUES VASO-CONSTRICTEURS
ANALGÉSIQUES

Forme Elixir — 3 cuillères à café par jour

LITRE. ÉCHONS: LABORATOIRES du Dr FERRÉ 6 Rue DOMBASLE. PARIS XV

Le Gardien Vigilant

MÉNOPAUSE — **Apboïne**

PRURITS — **Nisaméline**

GASTRO-ENTÉRITES — **Papaïne**

DE TROUETTE-PERRET

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :
15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XIe)

OUATAPLASME DU DOCTEUR ED. LANGLEBERT

Pansement complet, émollient, aseptique, instantané



ABCÈS-PHLEGMONS — DERMATOSES-ANTHRAX

FURONCLES — BRÛLURES

REG. COMM. PARIS 75.453

PANARIS-PLAIES VARIQUEUSES-PHLÉBITES

ECZÉMAS, etc., *et toutes inflammations de la Peau*

PARIS, 10, Rue Pierre-Ducreux, et toutes Pharmacies.

Davidson, Fullerton, Howie, Croll, Orr et **Godden.** ***Observations sur le rôle de la nourriture dans l'anémie*** (*British medical Journal*, n° 3772, 22 Avril 1933). — Les travaux récents sur l'anémie montrent que la nutrition joue un rôle important. Actuellement, à cause de la crise mondiale, on observe un grand nombre de cas d'anémie dans la classe ouvrière. A Aberdeen, on peut dire que près de la moitié des femmes de la classe pauvre, entre 18 et 55 ans, sont anémiques. Cette maladie est moins commune chez les hommes et chez les écoliers, à cause des secours en nourriture que l'on distribue.

En dehors de ces causes économiques, l'anémie est produite par une carence en fer et principalement à la suite de grossesses répétées ou pendant la vie génitale à cause des pertes sanguines excessives de l'accouchement et de la menstruation.

La quantité de fer contenue dans les aliments (environ 15 milligr. par jour) n'est pas suffisante pour lutter contre cette anémie et il faut s'efforcer surtout chez les femmes de prévenir cette anémie en ajoutant à leur nourriture ordinaire des sels de fer. André Plichet.

Shirley Smith. ***L'insuline et le glucose dans le traitement des maladies de cœur*** (*British medical Journal*, n° 3772, 22 Avril 1933). — A propos de 6 cas d'angine de poitrine qu'il a améliorés par le traitement insuline-glucose, S. discute l'action de ces substances sur le muscle cardiaque et sur le système artériel. Il lui semble que l'efficacité de ce traitement est plus grande dans les coronarites que dans les myocardites. L'insuline favorise l'utilisation du glycogène et stimule la combustion des graisses, or on sait que l'accumulation des graisses dans l'intima des artères est le premier stade de l'athérome. Le traitement consiste en l'injection deux fois par jour de 5 unités d'insuline faites avant un repas et suivies de l'ingestion de 30 gr. de sucre.

André Plichet.

Morrell Roberts. ***La différenciation des différents types d'ictère par la réaction de Van den Berg et par le dédoublement des éthers phosphoriques dans le sang*** (*British medical Journal*, n° 3773, 29 Avril 1933). — La description ordinaire de la réaction directe et de la réaction à deux phases de Van den Bergh semble devoir être revisée: les résultats de cette réaction dans une série de cas de jaunisse montrent qu'on ne peut différencier par ce moyen les jaunisses obstructives des jaunisses toxiques ou catarrhales. Par contre, la jaunisse obstructive peut se déceler par l'accroissement de la propriété qu'a le sang à dissocier les éthers phosphoriques en alcool et en acide phosphorique. Des observations concordantes ont pu être faites dans une série de 52 cas étudiés. Cette méthode de recherches permet de reconnaître les jaunisses obstructives des jaunisses toxiques ou catarrhales. Il semble que les pigments à réaction indirecte sont convertis en pigment à action directe non dans les cellules polygonales mais dans le sang, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du foie. André Plichet.

J. Paton. ***Les relations entre l'ingestion excessive d'hydrates de carbone, les affections catarrhales et les autres maladies*** (*British medical Journal*, n° 3773, 29 Avril 1933). — Pendant la guerre, l'observation d'un grand nombre d'enfants avait démontré qu'il existait une relation entre les affections catarrhales et l'ingestion de sucre. Une nourriture riche en hydrates de carbone augmente l'hydratation du corps qui favorise à son tour l'inflammation et l'œdème des muqueuses. Des maladies telles que l'albumine fonctionnelle, la conjonctivite phlycténulaire disparaissent avec un régime pauvre en hydrates de carbone. En Afrique, la pneumonie et la bronchite tuent 10 fois plus les nègres qui mangent des céréales que les nègres qui sont carnivores.

Actuellement, dans le monde entier, on consomme des quantités considérables de sucre. C'est ainsi qu'en Angleterre la consommation qui était de 1819 à 1845 de 17 livres par an et par personne s'est élevée en 1931 à 96 livres. Dans une école de filles, où la consommation est de 2 livres par semaine et par tête, P. a constaté un plus grand nombre d'hypertrophies des amygdales, de catarrhes chroniques du rhino-pharynx qu'il n'en avait observé dans la dite école, pendant la guerre, où la consommation du sucre était réduite.

L'absorption du sucre n'a pas pour seul effet d'exagérer les fonctions rénales, mais encore de créer de l'hyperinsulinisme qui favorise, en cas de réduction forcée du sucre, la production d'acide diacétique et d'acide B oxybutyrique par non-combustion des graisses. C'est peut-être là l'origine des cas d'acidose que l'on rencontre actuellement si fréquemment. D'autre part, il est incontestable que les cas de diabète sont plus nombreux de nos jours. Il y a sans nul doute augmentation en quantité et en volume des îlots de Langerhans. Secondairement, pour lutter contre cet hyperinsulinisme, il y a augmentation de l'activité des surrénales et l'hyperadrénalisme engendre la production anormale de lipoïdes et de cholestérol qui favorise l'artériosclérose. Enfin, l'excès de sucre amène l'obésité, les fermentations intestinales avec toutes leurs conséquences.

André Plichet.

W. E. Lloyd et **A. M. Macpherson.** ***Recherche de la sensibilité à la tuberculine*** (*British medical Journal*, n° 3775, 13 Mai 1933). — Les résultats de l'épreuve à la tuberculine, répétée sur 700 enfants âgés de 1 à 15 ans, au moment de la première épreuve, montrent que la sensibilité à la tuberculine, une fois acquise, persiste dans 96 pour 100 des cas, à travers toute l'enfance. Le passage de la réaction négative à la réaction positive s'est produit dans les 3/5 des cas sans qu'on puisse observer des troubles graves dans la santé de l'enfant.

Des expériences avec des dilutions plus ou moins fortes de tuberculine montrent que la sensibilité a tendance à augmenter au bout de un à deux ans. De plus, il est évident que les enfants qui restent en contact avec les tuberculeux ont une sensibilité plus grande et plus vite acquise.

De l'observation d'un certain nombre de cas (2 enfants de moins de 2 ans et 7 moins de 3 ans), il semble que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, une réaction positive à la tuberculine chez un enfant de moins de 2 ans n'est pas une preuve de tuberculose active.

André Plichet.

David H. Patey. ***Conceptions modernes de la formation des calculs biliaires*** (*British medical Journal*, n° 3776, 20 Mai 1933). — Les recherches modernes ont montré que l'explication ancienne de la formation des calculs biliaires n'est plus valable, sans pour cela apporter une solution définitive. Plusieurs facteurs semblent être en cause. Du point de vue statistique, les femmes ayant eu des enfants ne sont pas plus sujettes aux calculs que les célibataires. Il existe une relation entre l'infection de la paroi de la vésicule et l'infection des calculs biliaires eux-mêmes. La théorie de l'affinité de certains types de streptocoques pour la vésicule biliaire n'est pas acceptée par tous les auteurs, mais les germes anaérobies semblent être rencontrés assez souvent.

C'est surtout au point de vue biochimique que des progrès ont été faits dont il faut attendre le plus de résultats: notamment la question de savoir si la vésicule biliaire absorbe ou sécrète le cholestérol, les raisons qui expliquent les variations en quantité du cholestérol et des acides biliaires dans la bile et l'effet des lésions de la vésicule et des canaux biliaires sur ces substances.

Du point de vue du diagnostic, la cholécystographie a révolutionné, dans la dernière décade, le diagnostic des calculs biliaires. Pour le traitement, deux alternatives, ou les garder avec tous les troubles qui en résultent ou les faire enlever.

André Plichet.

J. A. Gunn. ***L'étiologie et le traitement de l'anémie pernicieuse*** (*British medical Journal*, n° 3776, 20 Mai 1933). — Malgré les progrès qui ont été faits au cours des dernières années concernant la thérapeutique de l'anémie pernicieuse, l'étiologie de celle-ci est encore inconnue. Il semble qu'il y ait avant tout une déficience des matériaux qui constituent le stroma des globules rouges, car dans l'anémie pernicieuse, il n'est pas rare de trouver du fer en quanité suffisante dans le foie et dans les autres organes et chaque globule rouge contient souvent plus d'hémoglobine que le globule rouge d'un sujet normal. Ce qui manque, par conséquent, ce sont la lécithine et la cholestérine dont est composé le squelette de l'érythrocyte.

Sans contester la valeur de l'hépatothérapie qui, du reste, doit agir en fournissant les substances nécessaires à l'édification du globule rouge, il y aurait peut-être lieu d'ajouter directement ces substances. En 1908, G. essaya d'obtenir par hémolyse de sang de bœuf défibriné et après centrifugation les éléments du stroma globulaire, mais le suc gastrique détruisait ces éléments et leur injection sous la peau n'avait pas été tentée. Peut-être faudrait-il reprendre ces expériences et essayer de fournir à l'organisme atteint d'anémie pernicieuse les facteurs qui, en se modifiant, fournissent secondairement le squelette du globule rouge.

André Plichet.

F. W. Eurich. ***Remarques sur le charbon professionnel. Son diagnostic et son traitement*** (*British medical Journal*, n° 3784, 15 Juillet 1933). — Dans le district de Bradford, le charbon est une maladie fréquente, puisque E. a pu réunir 340 cas de pustule maligne et 24 cas de charbon pulmonaire et gastro-intestinal.

La source de l'infection provient soit d'un boucher ayant tué un animal atteint de charbon, soit de contact avec la laine des moutons, soit même avec le fil ou la trame des étoffes. Il faut toujours une porte d'entrée: les gerçures des mains, les plaies insignifiantes, les furoncles. Mais il semble que l'infection puisse entrer par les bulbes pileux.

L'élément primordial est la pustule maligne qui siège aux endroits découverts et qui fait penser, tout d'abord, à un élément de vaccine. Elle ne se présente pas toujours sous la forme habituelle d'escarre centrale entourée de vésicules sur une base indurée et rouge. Il existe des cas où l'escarre est petite avec une seule vésicule ou une seule bulle. Parfois l'aréole inflammatoire est remplacée par un œdème sans vésicules ni bulles, avec au centre simplement l'escarre. Cet œdème peut gagner tout un membre, prendre des proportions considérables.

Le diagnostic est aidé par la recherche du bacille dans le liquide des vésicules ou en grattant la surface de l'aréole.

Plus difficile, pour ne pas dire impossible, est le diagnostic du charbon viscéral. L'examen du sang révèle parfois le bacille, quelquefois on le trouve dans le liquide pleural. Tous ces cas de charbon viscéral sont mortels.

Le traitement du charbon était autrefois l'excision quand le siège de la pustule le permettait. Actuellement cette méthode est abandonnée, sauf lorsque la pustule est petite ou que sa situation (au niveau de la nuque) est de nature à favoriser une évolution rapide.

E. préconise le traitement suivant depuis 1911: Injections de salvarsan, deux doses moyennes en

un seul jour et injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum anticharbonneux de Sclavo, 80 cmc le premier jour, 60 cmc les jours suivants jusqu'à 300 cmc. Avec cette méthode, E. n'a eu qu'une mortalité de 5 pour 100 sur 200 cas.

André Plichet.

A. F. Hurst. ***L'unité des désordres gastriques*** (*British medical Journal*, n° 3784, 15 Juillet 1933). — H. a montré que les principales lésions de l'estomac dépendent en dernière analyse des mêmes raisons d'excitation qui sont tellement répandues que bien peu de personnes peuvent atteindre un certain âge sans en connaître les inconvénients. Heureusement que les 4/5 des gens ont des estomacs assez résistants et c'est seulement le dernier cinquième qui, tôt ou tard, est à même de connaître les troubles gastriques.

Les causes des désordres gastriques sont mécaniques, chimiques et infectieuses. La bouche est la première ligne de défense du tube digestif. Il faut entretenir avec soin la dentition. L'estomac peut être irrité par l'ingestion d'aliments trop chauds ou trop glacés, par des alcools, par des substances trop acides, par des médicaments. Il faut ajouter également qu'il existe des cas d'hyperchlorhydrie et des cas d'anachlorhydrie constitutionnels.

Les gastrites, les ulcères gastriques ou duodénaux, le cancer de l'estomac pourraient être évités par l'adoption de simples mesures d'hygiène, de nature à éviter les causes d'excitation. Sans doute, ne peut-on pas espérer que tout le monde prenne des précautions de ce genre, mais on pourrait les faire prendre à ceux dont le tempérament ou les antécédents familiaux montrent la propension à de tels troubles.

Enfin, il faudrait reconnaître les gastrites et les ulcères d'estomac à un stade moins avancé, plutôt que de recourir à l'intervention dans les cancers de l'estomac.

André Plichet.

A. Eidinow. ***Le traitement des maladies inflammatoires chroniques de la bouche, du pharynx et du larynx par des applications locales de rayons ultra-violets*** (*British medical Journal*, n° 3784, 15 Juillet 1933). — Avec une lampe spécialement construite pour cet usage, E. a irradié la bouche et le pharynx. Les muqueuses sont plus sensibles que la peau et avec cette lampe, la dose d'érythème est obtenue après une application de 10 à 15 secondes. Il faut d'ailleurs anesthésier à la cocaïne la muqueuse. Il se fait une réaction locale importante: gonflement, rougeur, élévation de température. Au bout de 4 à 6 jours, tout est rentré dans l'ordre, la muqueuse devient moins sensible aux rayons U.-V., si bien qu'il faut augmenter le temps d'exposition aux séances suivantes. Le nombre de séances est variable suivant l'affection traitée et les applications se font une fois par semaine.

Localement, il se fait une hyperémie et une vasodilatation qui favorise la migration des leucocytes. Les rayons U.-V. ont de plus une action directe sur les microbes.

E. a traité avec succès, par cette méthode, des cas de tuberculose du palais, de la langue et du larynx, des glossites et des ulcères de la langue, des leucoplasies et des cas de pharyngites chroniques dues à des infections diverses.

André Plichet.

NORSK MAGASIN for LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

Haakon Sæthre. ***Les formes atypiques de la paralysie générale*** (*Norsk magasin for lægevidenskapen*, n° 6, Juin 1933). — Sur 135 cas de paralysie générale chez des sujets qui n'avaient jamais reçu un traitement antisyphilitique, S. a trouvé 4 cas dans lesquels la réaction de Wassermann était complètement négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Un des patients fut observé pendant un an, sans traitement, et le Wassermann resta continuellement négatif. L'autopsie a démontré un aspect anatomo-pathologique typique de paralysie générale. Toutes les autres réactions de liquide cérébrospinal étaient du type paralytique.

S. rapporte 2 cas d'exception à la règle générale: que les patients qui ont présenté une « neurorécidive » dans la période précoce de leur syphilis n'ont pas plus tard de paralysie générale. Dans un des cas mentionnés, une « neurorécidive » typique du nerf acoustique fut suivie au bout de onze ans d'une paralysie générale.

Enfin S. a observé un cas de tabes qui a été traité par la malariathérapie et qui a présenté deux ans et demi après une paralysie générale typique.

Alf. P. Jacobsen.

L. L. Lindberg. ***Un cas d'intoxication par le cyanamide de calcium*** (*Norsk magasin for lægevidenskapen*, n° 7, Juillet 1933). — Un homme en train de remplir des sacs avec du cyanamide de calcium présenta des signes d'intoxication: céphalée progressive, forte dyspnée, sensation de brûlure dans le larynx et la trachée. La peau du visage était un peu gonflée et rouge, mais sans cyanose véritable. Le patient fut traité par des injections de thiosulfate de sodium. La céphalée et une insomnie persistante ont duré plusieurs mois après l'intoxication.

Alf. P. Jacobsen.

A. Galtung. ***Acné et eczéma chronique guéri par amygdalectomie*** (*Norsk magasin for lægevidenskapen*, n° 8, Août 1933). — G. a pratiqué la tonsillectomie sur 13 patients souffrant d'acné chronique, et sur 8 atteints d'eczéma chronique, l'un de ces derniers était un enfant. Il a obtenu de bons résultats dans plusieurs cas. C'est une forme de thérapeutique qui mérite d'être essayée, spécialement quand il existe des affections de la gorge dans les antécédents ou que l'examen révèle une amygdalite chronique.

Alf. P. Jacobsen.

NORDISK MEDICINSK TIDSKRIFT (Upsala)

G. V. Hultgren. ***La résistance des capillaires et la vitamine C*** (*Nordisk Medicinsk Tidskrift*, t. V, n° 20, Mai 1933). — Le phénomène de Rumpel-Leede a été utilisé par Gothlin pour déterminer la résistance des capillaires, et indirectement par ce moyen, la quantité individuelle des vitamines C. Il emploie la manchette d'un appareil à la tension artérielle. Celle-ci est placée sur le bras et, après quinze minutes, la tension étant de 35 et 50 mm. de mercure, on compte les pétéchies qui paraissent dans un cercle situé au milieu de la région cubitale antérieure. On utilise une loupe de 5 dioptries; il faut que la température soit entre 16 et 21°, parce qu'une augmentation de la température de la peau fait augmenter le nombre des pétéchies. Gothlin a divisé ses résultats en trois groupes :

A. — La quantité de la vitamine C est normale quand le nombre des pétéchies ne dépasse pas quatre par une tension de 50 mm.

B. — Quand le nombre des pétéchies est entre 5 et 8, en utilisant la tension de 50 mm., il est impossible de dire si la quantité de la vitamine est normale ou subnormale.

C. — La quantité de la vitamine C est absolument subnormale quand une tension de 50 mm. donne plus de 8 pétéchies et une tension de 35 mm. en donne plus d'une seule.

En utilisant la méthode mentionnée, de Gothlin, H. a étudié la résistance des capillaires chez deux groupes d'individus, de 50 personnes chacun. L'un était composé de personnes adultes chez lesquelles la détermination était faite deux fois, avec un intervalle de quelques heures ; la première fois sur le bras droit, la seconde sur le bras gauche. L'autre groupe était composé d'enfants âgés de 7 à 14 ans; l'intervalle des deux déterminations était de deux jours. Les résultats, dans les deux groupes, correspondent bien :

Premier groupe. — 1re détermination. Groupe A: 37; Groupe B: 7; Groupe C: 6. — 2e détermination. Groupe A: 38; Groupe B: 6; Groupe C: 6.

Deuxième groupe. — 1re détermination. Groupe A: 37; Groupe B: 7; Groupe C: 6. — 2e détermination. Groupe A: 35; Groupe B: 9; Groupe C: 6.

Cependant, quand on fait la comparaison entre les deux résultats obtenus, la première et la deuxième fois, ils diffèrent encore trop pour qu'on en tire une conclusion satisfaisante. H. doute donc de la valeur de cette méthode au point de vue détermination de la quantité de la vitamine C chez un sujet donné.

Alf. P. Jacobsen.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Lausanne)

R. Galland (de Leysin). ***Tuberculose et rougeole. A propos de 3 cas de rougeole chez des tuberculeux pulmonaires*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. LIII, n° 7, 10 Juin 1933). — Chez 3 tuberculeuses pulmonaires hospitalisées à Leysin, s'est développée une rougeole et, dans chacun des 3 cas, il s'est produit après la fièvre éruptive morbilleuse une nouvelle poussée thermique plus ou moins intense avec catarrhe dont le facteur étiologique principal semble avoir été la réactivation des foyers tuberculeux, sans qu'on puisse exclure totalement, dans 2 cas, des phénomènes broncho-pneumoniques banaux concomitants.

Le tuberculeux adolescent ou adulte est spécialement affecté par le virus morbilleux. A cause du catarrhe intense des muqueuses respiratoires, à cause du traumatisme de la toux, à cause de la déficience leucocytaire, la rougeole est une mauvaise complication pour un phtisique. Par son action anergisante, la rougeole peut être la cause occasionnelle d'une généralisation chez les tuberculeux de toutes catégories. En tous cas, l'expérience de cette petite épidémie de 4 cas dans un chalet de 20 lits montre les conséquences aggravantes lointaines, peut-être indirectes de la rougeole sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Une malade est morte 7 mois après.

Si la rougeole n'est pas plus fréquente dans les sanatoria d'adultes, c'est que ceux-ci sont en général immunisés par une atteinte antérieure. Avant l'admission d'un malade en sanatorium, il faut toujours s'enquérir de la possibilité d'une incubation morbilleuse; lorsque la rougeole éclate, l'isolement et le sérum de convalescent pourront rendre des services pour protéger les personnes non immunisées chez lesquelles on aurait à craindre spécialement les conséquences pernicieuses d'une rougeole.

Robert Clément.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

Gosset et **E. Wallon.** ***De la curiethérapie dans le cancer des joues et des lèvres*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVII, n° 6, Juin 1933). — Ce travail considère uniquement le traitement des cancers nés de la muqueuse des joues et des lèvres, à l'exclusion des cancers de la surface cutanée, en tenant compte cependant des seuls cas où ces derniers auront secondairement envahi la cavité buccale.

Bien qu'appartenant tous deux à la cavité buccale et ayant de nombreux points communs, les cancers des joues et des lèvres comportent cependant des différences profondes au point de vue du traitement et du pronostic. Tous deux relèvent de la curiethérapie mais de manières différentes.

G. et W. font un exposé rapide de la disposition anatomique (et des considérations qui en résultent au point de vue du traitement), et de la structure différente de ces organes qui exposent à des complications et à des séquelles plus ou moins gênantes, notamment en ce qui concerne la joue. On ne saurait enfin trop tenir compte de la fréquence de l'envahissement des ganglions, surtout accusé dans le cancer des joues (63 pour 100), complication grave pour le traitement et sombre pour le pronostic.

Histologiquement il s'agit d'un épithélioma malpighien, presque toujours du type spino-cellulaire (86 pour 100 des cancers des lèvres, 91 pour 100 de ceux des joues), de pronostic sévère, moins du fait d'une radio-résistance que les techniques actuelles permettent de combattre, que de leur extension rapide de voisinage et des voies lymphatiques qui commande l'emploi de vastes champs d'irradiation sans pouvoir affirmer que tous les prolongements de la tumeur auront été touchés.

G. et W. rappellent rapidement les causes et l'aspect clinique de ces lésions et insistent en particulier sur les manifestations ganglionnaires qui « posent un problème très sérieux » surtout quand existe en outre une infection secondaire à leur niveau.

Le *traitement* est du domaine de la curiethérapie, la chirurgie ne devant ici que jouer le rôle de collaboratrice (autoplasties, traitement des ganglions).

Trois ordres de difficultés gênent la curiethérapie: 1° La disposition de la lèvre et des joues en lames minces qui nécessite l'emploi de rayons très filtrés (en préférant les appareils de surface aux aiguilles); 2° la septicité de la cavité buccale qui exige une surveillance et un traitement dentaire minutieux et une hygiène buccale parfaite; 3° le voisinage des maxillaires qui expose à des accidents de nécrose, avant tout conditionnés par l'infection mais que, même avec le maximum de précautions, il ne sera pas possible d'éviter à coup sûr.

En ce qui concerne le cancer de la lèvre, les formes végétantes, infiltrantes épaississant la lèvre, sont justiciables de la radiumpuncture; les appareils de surface sont préférables quand la lèvre est mince et mobile.

Dans le cancer des joues beaucoup plus difficile à traiter, la curiepuncture, à condition de déborder nettement la lésion, n'est indiquée que dans les formes bourgeonnantes; les formes infiltrantes sont justiciables d'appareils de surface à distance.

Dans tous les cas, la dose doit être étalée sur une huitaine de jours (hygiène buccale, alimentation liquide).

L'adénopathie sera traitée par la suite, 10 jours environ plus tard pour laisser le malade se reposer un peu. Si l'adénopathie est modérée et paraît banale, elle peut rétrocéder spontanément; en tout cas attendre et surveiller.

Si l'adénopathie est néoplasique, intervenir 15 jours après le premier traitement: exérèse chirurgicale en bloc suivie, s'il y a lieu, de curiethérapie par appareil moulé, après examen histologique; si l'adénopathie est adhérente, infectée, souvent mixte, pronostic très sombre; la chirurgie est impossible, le radium dangereux (risques d'infection générale, efficacité diminuée). Si l'adénopathie rétrocède après vaccination anti-infectieuse, tenter une large irradiation en surface (lésion primitive et ganglions).

Un des dangers du traitement provient des malades eux-mêmes trop enclins à ne pas poursuivre un traitement prolongé et méthodique lors des premiers résultats acquis.

La réaction suit le traitement et se traduit notamment par la chute de l'épiderme qui constitue la preuve que l'on a atteint la dose efficace; la période de réparation, longue, voit survenir la cicatrisation progressive de la muqueuse (sécheresse et perte du goût peuvent durer des mois).

Les *complications*, qui s'observent surtout dans les cas graves, sont surtout d'ordre infectieux, en particulier ganglionnaires. Il ne faut pas oublier la nécrose osseuse qui, si elle peut être évitée, survient surtout dans les cas étendus, parfois même tardivement, le trismus, les perforations suivies de fistulisation.

Résultats. Ils doivent être considérés comme favorables quand, chez des sujets en général âgés, la survie dépasse un an. G. et W. ont traité 31 cas; 20 de cancers des lèvres, 11 des joues; dans les formes limitées (8 lèvres, 1 joue), la guérison est la règle; dans les formes d'envahissement total : 2 lèvres, bons résultats; 1 joue, récidive. Dans les formes étendues : 5 lèvres, guérisons locales; 2 joues, 1 guérison récente; dans les formes avec adénopathie: 5 lèvres, 3 guérisons locales, 1 complète; 7 joues: 2 guérisons locales, 1 complète.

G. et W. notent que le diagnostic est en général plus précoce dans le cancer des lèvres (44 pour 100) que dans celui des joues (9 pour 100), que l'adénopathie est plus fréquente dans le cancer des joues (63 pour 100 contre 25 pour 100), que l'infection est plus grave dans le cancer des joues, que le traitement est plus facile dans le cancer des lèvres, de sorte que, sur le petit nombre des cas rapportés, G. et W. ont observé 75 pour 100 de guérison des cancers des lèvres contre seulement 27 pour 100 des cancers des joues.

Ils insistent enfin sur la grande importance de la surveillance des lésions buccales et leur traitement préventif.

Morel Kahn.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE (Paris)

Laporte, Tapie et **L. Morel.** ***La forme aiguë, fébrile, du cancer du foie*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. VIII, n° 2, Mars-Avril 1933). — Cette forme du cancer du foie est classique, mais très rare. L., T. et M. en rapportent une observation, qui fut caractérisée surtout par l'intensité et la brutalité d'apparition des phénomènes douloureux, ne rentrant pas dans le cadre habituel de cette affection. A cette occasion, ils en rappellent les éléments essentiels: l'aspect d'affection aiguë, la survenue le plus souvent chez un sujet jeune, l'hépatomégalie rapide et progressive sans ictère ni ascite, fièvre élevée, mort en quelques semaines. La douleur paraît être due, non à une irritation phrénique, comme le pensait Hanot, mais à la distension rapide de l'organe et de sa capsule (Cain). Quant à la fièvre, elle semble bien être en relation avec la résorption brusque de substances cancéreuses toxiques. Le diagnostic est souvent très difficile. Il se pose avec les affections hépatiques aiguës et surtout avec l'abcès du foie. Dans ce cas, le foie est moins dur, et n'augmente pas aussi régulièrement et aussi rapidement de volume. Le lobe supérieur est hypertrophié avec surélévation radioscopique de la coupole diaphragmatique. On peut soupçonner parfois des antécédents dysentériques. Le cancer a pour lui la dureté de l'organe, et l'atteinte profonde, foudroyante de l'état général. Il faudra savoir recourir si le doute persiste à la ponction exploratrice et même à la laparotomie, permettant ainsi au malade de jouer sa dernière chance.

A. Escalier.

Le SANG (Paris)

I. Goia. ***Le sang dans la lymphogranulomatose maligne*** (*Le Sang*, tome VII, n° 4, 1933). — Des examens de sang répétés au cours de 90 cas de lymphogranulomatose maligne ont montré des modifications très variées, à peu près toutes celles déjà décrites par les différents auteurs au cours de cette affection. G. conclut qu'il n'y a pas de formule hématologique typique de la lymphogranulomatose. Les modifications rencontrées servent toutefois de symptômes de second plan, et, interprétées en rapport avec les phénomènes cliniques, elles peuvent devenir des signes importants de probabilité. Les plus importantes et les plus utiles pour le diagnostic sont dans l'ordre : la lymphopénie relative, la polynucléose, l'anémie modérée, l'éosinophilie absolue, la neutrophilie, la leucocytose et l'hyperplaquettose.

A. Escalier.

G. Fontès et **L. Thivolle.** ***Recherches expérimentales sur la thérapeutique de l'anémie grave par carence martiale et notamment par hémorragies. II. Action du caséinate de cuivre ajouté au caséinate de fer*** (*Le Sang*, t. VII, n° 4, 1933). — On sait que le cuivre paraît avoir un effet favorable sur l'hématopoïèse au cours des anémies, sans pour cela pouvoir remplacer le fer. F. et T., qui ont montré dans un mémoire précédent le rôle thérapeutique remarquable du caséinate de fer, au cours de l'anémie secondaire, ont ici essayé d'y adjoindre le caséinate de cuivre. Ce sel a été choisi parce que facilement ionisable et sans le goût désagréable du cuivre. Les recherches ont été faites sur des chiens dont les réserves martiales sont épuisées par des saignées successives, et soumis à un régime qui ne peut guérir à lui seul l'anémie. Ces animaux ont reçu 42 milligr. 2 de fer et 5 milligr. de cuivre par jour. L'adjonction de cuivre au traitement par le fer améliore très nettement les effets de celui-ci, surtout le rendement en hémoglobine.

Il serait donc intéressant d'essayer l'administration du cuivre à faibles doses (10 milligrammes par jour), au cours de la thérapeutique martiale chez l'homme. Le caséinate est certainement la forme la plus utilisable. F. et T. se sont demandé comment agit le cuivre. Ce métal ne rentrant en aucune façon dans la formation de l'hémoglobine,

NOUVELLE MÉDICATION CHOLAGOGUE ANTIANAPHYLACTIQUE POLYVALENTE

POLYPEPTONAL

POLYPEPTONAL

PEPTONATES POLYVALENTS DE MAGNÉSIE
associés à des
Digestats chlorhydropepsiques
de **FOIE TOTAL** et **d'ALBUMINES VÉGÉTALES**

La Magnésie du POLYPEPTONAL n'est pas à l'état de simple mélange avec les Peptones, mais forme avec elles une combinaison chimique organique.

Il est
- POLYVALENT — parce que les peptones des principaux aliments y sont représentés *(viande, poisson, lait, œufs, albumines végétales).*
- ANTIANAPHYLACTIQUE — par les peptones et les digestats d'albumine de légumes.
- CHOLAGOGUE — par leur combinaison avec la Magnésie dont l'action irritante sur le duodénum se trouve ainsi annulée.

LE POLYPEPTONAL

SUPPRIME LA CRISE HÉMOCLASIQUE
DRAINE LA VÉSICULE ET LES VOIES BILIAIRES

PRINCIPALES INDICATIONS

Troubles anaphylactiques et digestifs.	Troubles hépatobiliaires
Migraines.	Congestion du foie.
Urticaires.	Atonie vésiculaire.
Asthme.	Insuffisance hépatobiliaire.
Eczémas, Prurits.	Infections chroniques des voies biliaires.

POSOLOGIE

ADULTES : 1 à 3 comprimés une demi-heure avant les principaux repas, dissous ou non dans un peu d'eau.
ENFANTS : 1 comprimé une demi-heure avant les repas, dissout dans un peu d'eau pure ou sucrée.

SOC^TÉ INDUSTRIELLE DE THÉRAPEUTIQUE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE · SITSA · MARQUE DÉPOSÉE

Laboratoires DURET & RÉMY et du Docteur Pierre ROLLAND réunis
18, Rue Pierre-Curie, 18 - PARIS-5e



Docteur PIERRE ROLLAND
Ancien Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris
Lauréat de l'Académie et de la Faculté de Médecine
PHARMACIEN.

ils émettent l'hypothèse que le cuivre se substitue au fer dans le foie, et libère ainsi des réserves de fer, qui vont servir à l'hématopoïèse.

A. ESCALIER.

G. Fontès et L. Thivolle. *Recherches expérimentales sur la thérapeutique de l'anémie grave par carence martiale et notamment par hémorragies. III. Action du tryptophane et de l'histidine seuls, associés au caséinate de fer et associés aux caséinates de fer et de cuivre* (*Le Sang*, t. VII, n° 5, 1933). — Le tryptophane et l'histidine ont une puissante action hématopoïétique, bien connue, et qui paraît être due non à une excitation de l'hématopoïèse, mais à une transformation quantitative des éléments apportés à l'organisme. F. et T. ont étudié au cours de l'anémie secondaire, chez des chiens ayant épuisé leurs réserves sanguines, et ne pouvant les récupérer par leur alimentation :

1° L'action des injections de tryptophane et d'histidine seuls, puis du traitement martial seul ;

2° Des mêmes et du traitement martial simultanés ;

3° Des mêmes en même temps qu'une thérapeutique cupro-martiale.

Ils concluent que la thérapeutique la plus active comprend à la fois : l'ingestion de caséinate de fer et de caséinate de cuivre, et l'injection de tryptophane et d'histidine. Ces quatre facteurs sont nécessaires à l'élaboration de l'hémoglobine. Le fer est indispensable à celle-ci, mais la présence du cuivre permet son utilisation au maximum. Le tryptophane et l'histidine en apportent la portion organique irremplaçable. Ils semblent jouer le principal rôle dans la formation des hématies. Cette quadruple thérapeutique donne une récupération d'hémoglobine de 70 pour 100 plus forte qu'avec le fer seul, et 32 pour 100 plus forte qu'avec le fer associé au cuivre, en période thérapeutique. Les hématies se multiplient en même temps dans une proportion très considérable. Leur nombre maximum n'est atteint cependant qu'assez longtemps après cessation du traitement. Cette méthode semble aussi efficace et peut-être davantage que l'hépatothérapie.

A. ESCALIER.

P. Emile-Weil. *La leucémie myélogène à polynucléaires neutrophiles* (*Le Sang*, t. VII, n° 5, 1933). — Il paraît exister tous les intermédiaires entre la leucémie polynucléée pure et la leucémie myélogène habituelle. La polynucléose est fréquente au cours de cette dernière et pourrait même, dans quelques cas, atteindre des taux exceptionnels. La leucémie à polynucléaires peut, d'autre part, se transformer au cours de son évolution et devenir rapidement maligne. Elle semble n'être qu'un aspect évolutif de la leucémie. E.-W. montre qu'il existe deux facteurs de la leucocytose leucémique : le passage en grande quantité dans le sang des éléments des centres et une diminution du pouvoir d'évolution des cellules mères. Seul, le premier entre en jeu dans la leucémie polynucléaire et cela permet de comprendre la différence entre l'aspect du sang et celui de la rate qui, dans ces cas, est celui retrouvé dans la leucémie myélogène. Le diagnostic est difficile quand la leucocytose est modérée, souvent l'affection est méconnue. Il est important cependant de tenir compte de la leucocytose polynucléaire, car ces formes paraissent plus bénignes et moins évolutives. Elles contre-indiquent, en outre, la splénectomie et peuvent guérir par la radiothérapie. Elles représentent souvent un stade de transformation des leucémies myélogènes sous l'influence de ce traitement, qu'il faut alors continuer jusqu'au retour complet de la formule blanche à la normale. La leucocytose polynucléée survient aussi au début des récidives leucémiques. Il faut aussitôt en arrêter la marche par le traitement ou thorium radio-actif. Celui-ci a l'avantage d'atteindre directement et rapidement tous les centres hématopoïétiques et de ménager pour l'avenir les effets de la radiothérapie, à laquelle il faudra nécessairement recourir.

A. ESCALIER.

Ch. Achard, J. Lévy et G. Guthmann. *Sur la microsédimentation des globules sanguins* (*Le Sang*, t. VII, n° 6, 1933). — A., L. et G. ont adopté la technique de microsédimentation de Langer et Schmidt, qui leur paraît plus rapide et plus pratique que les macrométhodes, et, en outre, semble être à l'abri des critiques formulées contre les microméthodes. Ils en décrivent la technique, donnent les résultats obtenus dans des cas normaux et pathologiques. On pratique seulement deux lectures, l'une après 30 minutes, l'autre 60 minutes après la prise de sang, qui se fait par simple piqûre de la pulpe digitale. La vitesse moyenne de sédimentation se calcule par la formule

$$V = \frac{h^1 + \frac{h^2}{2}}{1}.$$

(h^1 étant le nombre de *mm* après 30 minutes, h^2 le nombre de *mm* mesuré au bout d'une heure).

La vitesse moyenne varie de 0,8 à 3 environ, elle a pu atteindre 18,75. La comparaison avec la méthode de Westergren (macrométhode) a montré que les chiffres dans les cas normaux étaient à peu près comparables. Mais quand la vitesse moyenne augmente, la macrométhode donne une accélération plus rapidement croissante.

A. ESCALIER.

J. Vassilesco. *L'épreuve de la sédimentation des hématies dans les affections cardio-vasculaires* (*Le Sang*, t. VII, n° 6, 1933). — La sédimentation des hématies dépend de nombreux facteurs sanguins, et on pouvait s'attendre à trouver des résultats anormaux au cours des affections cardio-vasculaires, qui modifient profondément l'état du sang, soit par suite de phénomènes infectieux, soit par les perturbations du plasma, surtout troubles colloïdaux ou rétention des produits azotés au cours de l'insuffisance cardiaque. Les recherches ont montré, par la méthode de Westergren, une accélération de la sédimentation dans 45 pour 100 des cas sur 134 cas d'affections cardio-vasculaires. Les inflammations soit infectieuses (rhumatisme), soit non infectieuses (infarctus du myocarde), paraissent avoir une action prépondérante et accélérer considérablement la sédimentation.

L'accélération se constate aussi au cours de l'asystolie, peut-être par rétention sanguine de substances azotées. Dans l'hyposystolie, la vitesse est en général normale ou diminuée, peut-être par diminution du fibrinogène, formé dans le foie. La sédimentation globulaire semble plus accélérée quand les altérations électrocardiographiques sont plus accusées.

A. ESCALIER.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

G. C. Torri. *La signification des recherches sur le contenu gastrique dans le diagnostic de l'ulcère duodénal* (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 23, 10 Juin 1933). — D'une manière générale, on admet que, dans l'ulcère gastrique il y a, dans un petit nombre des cas, anacidité ou subacidité et, dans un quart des cas, hyperacidité. Dans l'ulcère duodénal, les opinions sont plus divergentes. Ainsi par exemple, Kauftheil et Porges sont arrivés en 1925 à la conclusion que dans l'ulcère duodénal non compliqué (par une sténose par exemple), on constate régulièrement une hyperacidité marquée et caractéristique (p_H de moins de 1,3). Mais ces constatations n'ont pas été vérifiées, notamment par Kalk, pour qui la détermination de la concentration des ions H après un repas d'épreuve de Ewald-Boas n'a pas de valeur au point de vue du diagnostic de l'ulcus. Ces recherches ont été reprises par T. à la clinique de Porges sur un total de 314 cas. Dans 46 cas d'ulcus sans complication certaine (39 cas) ou vraisemblable (7 cas), il a été trouvé 45 fois un p_H de 1,1 à 1,3. Dans 34 de ces cas, le p_H a varié de 1,1 à 1,2. Un seul cas a présenté un p_H de 1,4 et, dans un cas douteux, des sondages renouvelés à plusieurs reprises ont donné des chiffres variant de 1,1 à 1,6.

Sur 19 cas d'ulcus duodénal avec complications, on a constaté 16 fois que le p_H variait de 1,4 à 2. Il y avait alors en général sténose du duodénum et rétention du contenu gastrique.

Dans 70 cas, il a été fait des constatations positives aux rayons Rœntgen : le bulbe duodénal présentait des altérations, des niches, des diverticules, des rétractions, etc. Dans 64 de ces cas, il y avait ulcère duodénal. Par contre, dans 6 cas, il n'y avait pas d'ulcère et le p_H était plus élevé que 1,3. Donc, si on s'était contenté des constatations radiologiques, on aurait fait sur ces 70 cas 6, et en tout cas, 4 erreurs de diagnostic. Par contre, en faisant intervenir le résultat du repas d'épreuve, on aurait trouvé sur 43 cas d'hyperacidité marquée 6 cas donnant un p_H de 1,1 à 1,2 dans lesquels il n'y avait pas d'ulcus et 3 cas dans lesquels ces chiffres n'ont été observés que passagèrement et qui ne présentaient pas non plus d'ulcus.

En somme, T. confirme pleinement les constatations de Kauftheil et Porges, d'après lesquels un p_H de 1,1 à 1,2 rend vraisemblable un ulcus duodénal et constitue en tous cas un élément important de diagnostic.

P.-E. MORHARDT.

H. Gross. *L'utilisation et la valeur diagnostique de la réaction de l'antistaphylolysine* (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 23, 10 Juin 1933). — Dans toutes les infections staphylococciques (anthrax, empyème, furonculose, phlegmon, ostéomyélite), il apparaît dans l'organisme malade de la toxine staphylococcique qui détermine une production réactive d'antitoxine dont la valeur peut être appréciée en déterminant son pouvoir de neutralisation à l'égard des propriétés hémolytiques nécrotisantes ou léthales de la toxine. C'est naturellement le pouvoir antihémolytique de cette antitoxine qui a fait l'objet de recherches de G., qui a ainsi constaté que chez les sujets normaux, de même que dans le sérum de cheval, de bœuf ou de mouton, on trouve souvent des quantités importantes d'antihémolysine. En examinant le sérum de 250 sujets atteints soit d'infections staphylococciques soit, au contraire, de maladies quelconques, il a été noté les faits suivants : chez la plupart des sujets sains, il n'y a pas d'antihémolysine ; dans quelques cas cependant on en trouve un titre de 1 : 25 à 1 : 50. Il faut donc admettre que chez ces sujets il y avait eu antérieurement infections staphylococciques ou il y avait actuellement infection latente mixte.

La réaction est importante notamment dans les affections chroniques des os. Dans trois cas d'affection osseuse, elle a nettement aidé à faire le diagnostic.

En général, on conteste toute valeur pronostique à la réaction de l'antistaphylolysine. Cependant G. a pu dans 4 cas d'ostéomyélite aiguë ou chronique constater qu'un titre élevé d'antihémolysine s'accompagne d'une guérison plus rapide et notamment d'une disparition précoce de symptômes toxémiques. Ainsi la réaction permet d'apprécier les processus d'immunité et de défense.

P.-E. MORHARDT.

F. Silberstein et **P. Engel.** ***La présence de substances œstrogènes dans l'épiphyse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 23, 10 Juin 1933). — Ni l'ablation, ni l'implantation de l'épiphyse n'ont permis encore de déterminer avec précision les propriétés hormonales de cette glande. Cependant les tumeurs de l'épiphyse s'accompagnent souvent de puberté précoce et il semble y avoir une certaine relation entre cette glande et les glandes génitales.

S. et E. ont repris cette question en implantant des épiphyses ou en injectant des extraits de cette glande chez des souris femelles adultes et castrées. La substance de l'épiphyse implantée à 6 souris a fait apparaître chez deux souris le stade des grumeaux d'une façon nette. Chez des souris traitées par l'hormone folliculaire et chez lesquelles cette même implantation avait été pratiquée, on a constaté également le stade des grumeaux. L'épiphyse n'a donc pas d'action inhibante sur les effets de l'hormone folliculaire. S. et E. ont également cherché à déterminer la quantité de substances œstrogènes existant dans cette glande. Ils ont ainsi constaté qu'une épiphyse pesant 640 milligr. contient 16 unités-souris.

La substance active n'est pas soluble dans l'alcool et n'est pas détruite par l'éthanol.

On peut extraire avec de l'eau alcalinisée la substance d'épiphyse desséchée par l'acétone. L'eau acidifiée ne permet pas d'extraire le principe actif.

P.-E. Morhardt.

Erling Skouge. ***La valeur de la réaction de Takata-Ara et la détermination du ruban de coagulation dans les maladies du foie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 23, 10 Juin 1933). — Sur 318 malades quelconques d'un hôpital d'Oslo il a été pratiqué la réaction de Takata-Ara en suivant la méthode de Jezler. Sur 40 cas de cirrhose du foie, elle a été toujours positive, sauf 2 fois. Le diagnostic a été confirmé par l'autopsie 27 fois. Dans 6 cas d'hépatites aiguës sévères, la réaction a été fortement positive au stade aigu et elle est devenue négative au moment de la guérison.

Il n'a pas été constaté de parallélisme constant entre le résultat de la réaction de Takata-Ara et l'augmentation de la globuline du sang. Dans la cirrhose du foie cependant, la globuline a toujours été fortement augmentée quand la réaction était positive. Cependant celle-ci a été négative alors qu'il y avait augmentation considérable de la globuline dans des cas où il n'y avait pas cirrhose du foie.

S. a étudié l'anneau de coagulation selon la méthode de Weltmann dans 278 cas et a constaté que dans les affections aiguës du foie cet anneau a été normalement large mais parfois aussi plus étroit. Dans tous les cas d'affections chroniques du foie et plus spécialement dans la cirrhose, il a été au contraire élargi.

Ainsi une réaction positive de Takata-Ara est l'expression d'une insuffisance importante du foie et lorsque cette insuffisance disparaît, la réaction redevient négative. S'il n'en est pas ainsi, les lésions sont irréparables.

P.-E. Morhardt.

Christian Hamburger. ***L'élimination de prolan dans l'urine chez les femmes âgées*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 24, 17 Juin 1933). — Tandis que W. Osterreicher trouve près de 90 fois sur 100 du prolan dans les urines de femmes âgées, B. Zondek n'en trouve que 15 à 16 fois sur 100. C'est ce qui a amené H. à reprendre la question chez 15 femmes âgées de 59 à 85 ans. Il a recueilli 100 cmc d'urine du matin. Après précipitation par l'alcool, le précipité a été recueilli et dissous dans l'eau.

Dans 4 cas, les résultats ont été négatifs; l'urine contenait donc moins de 100 unités-souris par litre. Dans 5 cas, il y en eut à peu près 100, dans 4 cas à peu près 300, dans un cas plus de 500 et dans un dernier cas, concernant une femme tout à fait normale de 69 ans, près de 1.000. Le sérum de cette femme contenait près de 600 unités par litre.

B. Zondek considère les rats femelles infantiles comme aussi sensibles que les souris, mais H. n'admet pas qu'il en soit ainsi. Les rats femelles avec lesquels il a expérimenté lui ont paru moins sensibles, tout au moins à l'égard du prolan A provenant de sujets castrés. Par contre, à l'égard du facteur qui hâte la maturation des follicules, le rat femelle serait 5 fois plus sensible que la souris femelle. Il y aurait lieu de conclure de là que le principe contenu dans l'urine de sujets castrés n'est pas le même que celui qui se trouve dans l'urine de gestantes.

P.-E. Morhardt.

J. Plesch. ***La signification fonctionnelle du volume du sang*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 24, 17 Juin 1933). — Selon P., la réplétion diastolique des ventricules et, par suite, le débit par pulsations, sont déterminés par la pression veineuse qui possède par conséquent une signification centrale au point de vue de la circulation. Pour que ce débit par pulsations atteigne une valeur positive, la pression dans les oreillettes doit être plus élevée que la pression intrathoracique. D'un autre côté, l'élasticité des vaisseaux fait que l'injection dans la circulation d'un volume de liquide fait toujours varier la pression de la même quantité quelle qu'ait été la pression initiale. Enfin, le volume du sang contenu dans les artères représente à peine plus du dixième du volume total du sang et n'interviendrait guère pour régulariser le débit par pulsations.

L'oreillette peut, par sa contraction, c'est-à-dire par l'élévation de son tonus, augmenter la pression veineuse. Mais le tonus des veines, notamment du foie, peut aussi intervenir pour régulariser le débit par pulsations. Dans certains cas pathologiques où le débit par pulsations ne parvient pas à maintenir la circulation, il est nécessaire que du sang nouveau soit produit pour augmenter la pression auriculaire par rapport au tonus vasculaire existant.

En ce qui concerne le volume du sang circulant et non circulant, P. fait remarquer que la méthode des colorants donne un chiffre qui augmente aussi bien quand le volume du sang s'élève que quand la vitesse de répartition dans les vaisseaux s'accentue. Elle ne permet donc pas d'apprécier le sang non circulant, c'est-à-dire peu mobile. Elle permet d'apprécier la rapidité moyenne du volume total du sang. D'ailleurs, toutes les méthodes qui augmentent le débit par pulsations (chaleur, respiration d'acide carbonique, pression sur l'abdomen, position horizontale, adrénaline, etc.) augmentent aussi le volume du sang circulant et inversement, toutes les méthodes qui abaissent le débit par pulsations (refroidissement, hyperventilation, respiration de O^2, narcotique) diminuent le volume du sang circulant.

Le foie et la rate interviennent comme régulateurs. Les faits qui sont observés dans le choc, dans le redressement ou dans la position couchée s'expliquent non seulement par une augmentation ou une diminution du sang circulant, mais par des variations de même sens que la pression veineuse et le débit par pulsations.

Au cours de la décompensation, tous les changements du volume du sang surviennent du fait d'une modification de la pression veineuse. En cas d'œdème, il s'agirait d'une compensation ayant pour action de soutenir extérieurement le réseau veineux. Une décompensation du cœur droit et des gros vaisseaux de la grande circulation détermine une stase et de l'œdème des organes veineux de la grande circulation. Par contre, en cas de décompensation du cœur gauche, les vaisseaux pulmonaires augmentent de volume et il survient de la dyspnée ou de l'œdème pulmonaire. En somme, pour P. ce qui est important, ce n'est pas la vitesse de répartition à l'intérieur du système vasculaire veineux mais seulement la pression qui règne à l'intérieur de ce système veineux.

P.-E. Morhardt.

Werner Hartoch. ***Observations microscopiques sur les organes vivants. Glandes salivaires et thyroïde*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 24, 17 Juin 1933). — La méthode de la microscopie intra-vitale consiste à projeter la lumière ultra-violette à travers le microscope sur les organes d'un animal auquel on a injecté une substance colorante fluorescente, par exemple du fluorescéinate de soude ou de la trypaflavine. On voit alors les organes lumineux plus ou moins verts ou plus ou moins jaunes. Avec la trypaflavine, ce sont surtout les noyaux qui se colorent. Avec la fluorescéine, ce sont d'abord les humeurs ou les sécrétions. L'emploi successif de chacune de ces deux substances permet donc de compléter l'examen. En faisant varier la mise au point, on peut également examiner diverses couches de chaque organe. Une étude des phénomènes normaux permet de se rendre compte des variations physiologiques provoquées. Les glandes salivaires de la couleuvre à collier ont été examinées ainsi par H., soit à l'état de repos, soit après injection de pilocarpine. Il a été ainsi constaté que, sous l'influence de cet alcaloïde, il y a augmentation des capillaires et de la vitesse de circulation du sang. En outre, les fentes tissulaires se remplissent et tout le tissu s'imbibe. En même temps, les canaux excréteurs sont dilatés au maximum. A l'intérieur des cellules, on constate également des modifications, témoins de processus métaboliques.

Il a été également examiné la thyroïde du rat. Normalement, avec la trypaflavine, les tissus sont noirs, l'épithélium folliculaire d'un jaune vert clair et la colloïde noire avec une teinte verdâtre. En refroidissant les rats pour faire travailler la thyroïde, on constate que les vaisseaux se dilatent et que la glande prend peu à peu l'aspect d'un organe pauvre en colloïde qui se distingue très nettement de ce qui s'observe chez l'animal normal. Avec la thyroïdine ou avec la thyroxine, on constate au contraire une activation de la production de la colloïde.

Pour étudier les hyperthyroïdies et notamment celles de la puberté et de la ménopause, H. a procédé à des injections de folliculine. Il a constaté ainsi que, chez le rat, 200 unités de folliculine augmentent l'irrigation de la glande et font disparaître la colloïde. Cette disparition commence sur les bords de la vésicule et progresse peu à peu, de telle sorte qu'il n'en subsiste plus qu'au centre sous forme d'une étoile obscure. En administrant pendant plusieurs jours 100 unités de folliculine, on obtient des résultats analogues. Ainsi la microscopie intra-vitale peut être utilisée quand l'histologie cesse de donner des renseignements. Elle constitue donc un procédé dynamique d'études.

P.-E. Morhardt.

Theodor Grüneberg et **Hans Säuferlin.** ***Modifications de la réaction épicutanée à la tuberculine par l'irradiation aux rayons ultra-violets*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 24, 17 Juin 1933). — G. et S. ont étudié la réaction épicutanée à la tuberculine selon la méthode proposée par Nathan et Kallos. Dans 13 cas de tuberculose cutanée ou de tuberculides, les réponses ont été toujours fortement positives. Dans d'autre cas (tuberculose pulmonaire, syphilis, etc.), les réponses n'ont été positives que dans 21,4 pour 100 des cas.

D'autre part, cinq jours après avoir irradié la peau par des rayons ultra-violets chez 35 sujets à

réaction épicutanée négative et chez 3 sujets à réaction positive, il a été constaté des réactions positives chez 12 sujets; 4 d'entre eux ne réagissaient que sur les régions irradiées. Dans 20 cas, les réactions n'ont pas été modifiées. Dans le second groupe, l'irradiation a nettement renforcé la réaction.

Ces observations tendent à montrer que la réaction à la tuberculine est due à une réaction antigène-anticorps intra-cellulaire. Mais la tuberculine n'agit que secondairement, c'est-à-dire après qu'une substance active s'est produite dans l'organisme sensible. Après érythème par les rayons ultra-violets, la sensibilité des cellules épidermiques est augmentée et il survient une stimulation de la production des anticorps spécifiques. Mais cette stimulation se fait indirectement par le moyen du système nerveux végétatif.

La sensibilité à la tuberculine ne peut pas être identifiée avec l'immunité. Elle constitue néanmoins un symptôme immunobiologique important qui explique, d'après la loi de Marfan, que la tuberculose cutanée protège contre les tuberculoses viscérales. Il revient d'ailleurs à la peau un rôle ésophylactique. Les rayons ultra-violets favoriseraient donc la participation de l'épiderme à la production des anticorps.

P.-E. Morhardt.

O. Porges. ***Nouvelles recherches sur la clinique du catarrhe du grêle et de la dyspepsie savonneuse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, nº 24, 17 Juin 1933). — P. rappelle qu'il a décrit en 1928 un catarrhe isolé du grêle caractérisé, après repas d'épreuve, par une augmentation des savons dans des selles de consistance normale, par une hypermotilité du grêle qui se manifeste par de l'agitation dans le ventre après les repas, de la flatulence, etc.

Cette hypermotilité du grêle est surtout mise en évidence lorsque après le repas opaque, on fait prendre un repas ordinaire copieux. La suspension de baryum n'est, en effet, pas suffisante pour mettre en évidence l'activité anormale de l'intestin malade.

Ce catarrhe du grêle s'accompagne souvent de cholélithiase ou de cholangiopathie et d'appendicite parce que la muqueuse devient plus perméable à l'égard des bactéries. Chez les malades atteints de cholélithiase et qui n'ont jamais présenté de constipation, on peut presque toujours constater l'existence d'un catarrhe du grêle. Les faits de ce genre expliquent les coliques vésiculaires qui surviennent après gastro-entéro-anastomose. Les coliques vésiculaires qui s'accompagnent d'irradiation dans le côté gauche doivent être attribuées également à un catarrhe du grêle, comme P. le montre par une observation. De plus, une anémie hypochromique peut également être le résultat d'un catarrhe du grêle plus ou moins latent.

Chez ces malades, on trouve dans les selles des cristaux ou des amas de savons ainsi que des aiguilles d'acide gras et parfois même des gouttelettes de graisse qu'on doit rattacher à une entérite accompagnée d'une accélération du transit dans le côlon. Il faut réserver d'ailleurs le nom de dyspepsie savonneuse à ces diarrhées dans lesquelles il n'y a ni fermentation, ni putréfaction importante. En pareil cas, les savons représentent l'agent qui déclenche la diarrhée. On peut faire disparaître ce symptôme d'une façon brusque si, à côté des carbonates de chaux, on fait consommer du pain noir et des pommes de terre. On modifie ainsi le chimisme du cæcum en faisant apparaître des savons calciques insolubles. Ainsi cessent les effets irritants des savons solubles sur le côlon. Un traitement analogue est utile dans les dyspepsies par putréfaction.

Un régime pauvre en graisses fait également disparaître ces diarrhées mais ne modifie pas le catarrhe du grêle et réduit exagérément l'état de nutrition. La méthode la plus favorable consiste à prescrire un régime pauvre en cellulose et en graisses, en même temps qu'on donne de fortes doses de carbonate de chaux (1 cuillerée à soupe 3 fois par jour), ainsi que du pain noir (200 gr.) et des pommes de terre (200 gr.). Le régime des pommes agit également pour faire cesser la diarrhée puisqu'il est pauvre en graisses.

P.-E. Morhardt.

H. Bauer et K. Fromherz. ***L'accumulation des glycosides de la digitale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, nº 25, 24 Juin 1933). — B. et F. remarquent que les glycosides de la digitale sont adsorbées à cause de leur activité de surface par un processus irréversible. On est arrivé à cette conception en constatant qu'une seconde administration de ces substances agit de telle façon qu'une partie de la première dose doit exister encore dans le tissu cardiaque. Mais ces conclusions sont simplement indirectes. Il est d'ailleurs assez surprenant, étant donné qu'une infusion de digitale n'est pas conservable pendant plus de trois jours, que ces substances, au contact des cellules cardiaques, résistent pendant 3 semaines. D'un autre côté, ces expériences supposent qu'on a exactement déterminé la dose léthale de ces glycosides. On administre pour cela une première fois 50 à 60 pour 100 de cette dose et on détermine ensuite la dose nécessaire pour provoquer la mort. Or, après l'injection de 0,2 milligr.-kilogr. + 50 pour 100 de la dose léthale, d'après Magnus, ou 67 pour 100 de cette dose, d'après Hatcher, on observe 50 pour 100 de morts chez les animaux en quelques heures d'expérience, 65 pour 100 en 24 heures et en 15 jours aucun des animaux restants ne réchappe. Ainsi pendant les deux semaines qui suivent l'injection, il survient des processus et des altérations évidemment déterminés par la digitoxine et qui sont incompatibles avec l'hypothèse de l'accumulation. En tout cas, il faut réduire la dose à 0,1 milligr.-kilogr. pour que la majorité des animaux survive.

En administrant une dose supplémentaire de digitoxine après une première dose variable, B. et F. ont constaté qu'en réalité la digitoxine disparaît du cœur beaucoup plus vite que ne l'admet Hatcher. Déjà 8 jours après la première injection, toute la digitoxine a disparu. Telle est la conclusion à laquelle il faut arriver si on tient compte des animaux qui seraient morts sans nouvelle administration du médicament.

B. et F. ont donc eu recours à la méthode qui consiste à administrer par voie intraveineuse à des chats de petites doses renouvelées. Si on donne, par exemple, 0,5 milligr. par kilogramme de digitoxine tous les deux jours, on ne constate aucun effet toxique bien qu'au bout de 10 jours on ait ainsi réalisé, d'après les conceptions de Hatcher, une véritable saturation. Par contre, avec des doses de 0,1 milligr. par kilogramme, on observe des phénomènes d'accumulation. Il faut d'ailleurs plutôt admettre qu'une première dose de digitoxine a des effets primitifs et des conséquences secondaires qui sont réversibles quand les doses sont petites. Quand elles sont plus élevées, ces altérations sont irréversibles et alors la cause de la mort doit être cherchée non pas dans un résidu de toxique, mais dans ces altérations elles-mêmes qui peuvent entraîner la mort encore 15 jours plus tard.

La gitaline est beaucoup mieux supportée par les animaux. Avec des doses de 0,3 milligr. par kilogramme (40 pour 100 de la dose léthale de Magnus), on n'observe pas de phénomènes d'accumulation. En thérapeutique, on utilise d'une façon générale l'ensemble des glycosides des feuilles de digitale, de sorte que les effets obtenus sont en général intermédiaires entre ceux de la digitoxine et ceux de la gitaline.

En pratique, avec de petites doses, il n'y a pas à craindre d'effets cumulatifs très marqués, mais en dépassant un certain chiffre pour une seule dose, on augmente nettement ce danger.

Mais un dosage exact permet d'éviter ces inconvénients, comme le montre le fait que la digitaline Nativelle, qui est de la digitoxine pure, est le médicament le plus répandu. La digitalisation intense préconisée par Eggleston doit être jugée plus sévèrement.

P.-E. Morhardt.

H. Mommsen. ***Deux formes de réactions différentes de leucocytes à grains fins dans les infections à évolution léthale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, nº 25, 24 Juin 1933). — Avec une solution de Giemsa possédant un *pH* de 5,4, on constate que le protoplasma des polymorphonucléaires sains est lisse et homogène. Par contre, les leucocytes pathologiquement altérés présentent des granules colorés en noir plus ou moins intense, signe de phénomènes toxiques auxquels s'associent une conglomération des noyaux, la production de vacuoles et une coloration anormale du protoplasma. Ces granules, que M. désigne sous le nom de granules pathologiques, s'observent surtout à un certain moment des infections : le 7e jour dans la scarlatine, après la crise, dans la pneumonie, etc. Ils ont d'ailleurs été observés dans la rougeole, la varicelle, la rubéole, etc.

La courbe de ces granules a amené M. à penser qu'il s'agit là d'un phénomène qui représente une sorte de victoire pour les forces de défense de l'organisme. En étudiant ces granules dans des maladies à évolution léthale, il a été constaté deux formes de réactions différentes. Dans la diphtérie maligne sévère et dans la méningite tuberculeuse qui, d'emblée, ont un pronostic fatal, on ne constate les granules qu'en nombre modéré. L'endocardite lente appartiendrait également, d'après Gloor, à ce groupe de maladie. Alors les forces de défense de l'organisme se montreraient tout à fait insuffisantes. Il y a lieu de remarquer que, dans la diphtérie maligne, on observe concurremment une augmentation énorme des leucocytes à grains fins (neutrophiles).

Dans la méningite tuberculeuse, la mort survient alors que les altérations pathologiques sont modérées. Il faut admettre que les lésions, du fait de leur siège, paralysent les forces de défense.

Dans certaines maladies, comme la pneumonie, la scarlatine, l'érysipèle, la tuberculose miliaire, etc., la courbe des granulations pathologiques augmente pour atteindre un maximum quelques jours avant la mort et diminuer ensuite. Concurremment, on constate une diminution du nombre total des leucocytes avec déplacement croissant vers la gauche, c'est-à-dire apparition de formes jeunes.

Dans les maladies qui affectent surtout les tissus d'origine ectodermique, on ne trouve pas, d'après Naegeli, de lésions leucocytaires. Pour M., cependant, l'intensité des réactions leucocytaires est en relations avec la manière dont l'organisme se défend. Or, cette défense est insuffisante quand le système nerveux central est atteint. En fait, on constate dans l'encéphalite et dans la poliomyélite des granulations pathologiques en nombre toutefois moindre que ne le ferait penser la sévérité de la maladie. Par contre, dans l'érysipèle, ces granulations sont très nombreuses.

Dans les méningites, il surviendrait une intoxication qui paralyse le système nerveux central et l'activité de défense. Cette paralysie est vaincue quand les excitations sont très énergiques, notamment dans la tuberculose miliaire générale où les granulations pathologiques sont nombreuses. Ces diverses observations entraînent des conséquences au point de vue thérapeutique. La méningite tuberculeuse doit être en principe guérissable étant donné que, lorsqu'elle s'accompagne de tubercu-

lose miliaire, les granulations pathologiques sont nombreuses. Il faudrait donc trouver une irritation biologique qui favorise l'apparition de ces processus de défense. L'irradiation par les rayons Rœntgen proposée par V. Bokay et les injections intra-rachidiennes de tuberculine proposées par Selters représentent peut-être cet irritant. Mais M. reconnaît que ses propres recherches n'ont eu aucun résultat. Il a impaludé des sujets atteints de méningite tuberculeuse sans succès. Cependant, la mort paraît être survenue moins rapidement.

P.-E. Morhardt.

B. Gruenfelder, E. Rabinovici, Geiger et **Rosenberg.** ***Les effets thérapeutiques de l'administration intra-veineuse de vitamines B, dans le traitement des troubles alimentaires avec phénomènes toxiques survenant chez les nourrissons*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, nº 25, 24 Juin 1933). — Dans ce travail de la section d'hygiène et de bactériologie de l'Université hébraïque de Jérusalem, G. et ses collaborateurs font remarquer qu'ils ont établi des relations entre la toxicose du nourrisson et l'avitaminose B. Cependant, les premières tentatives de traitement dans lesquelles on administra de la levure par la bouche n'eurent aucun résultat. On eut alors recours à des préparations pouvant être injectées sous la peau ou dans les veines et dont l'activité a été déterminée par les méthodes expérimentales usuelles sur le rat ou sur les pigeons.

Ce traitement a été appliqué à des enfants chez lesquels les méthodes usuelles de traitement n'avaient donné aucun résultat et dont l'état s'aggravait. En général, on a administré, en injections sous-cutanées, 30 à 40 unités-rat, puis, comme ce moyen ne satisfaisait pas, 100 unités-rat dans les veines. La première tentative eut un résultat surprenant en 12 heures. Dès la 4e heure, il apparut une forte diurèse en même temps que l'état général s'améliorait. Quand cette diurèse ne s'est pas produite, par contre l'état général n'a pas été modifié. En terminant, les auteurs donnent cinq observations.

P.-E. Morhardt.

G. Kahlson. ***La paroi intestinale comme lieu de production de la choline et sa spécification pour la motricité intestinale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, nº 26, 30 Juin 1933). — Pour étudier l'action physiologique de la choline, K. a utilisé des intestins grêles de cobayes, selon la méthode de P. Trendelenburg, en dosant de temps à autre la choline contenue dans la solution de Tyrode dans laquelle l'anse intestinale était suspendue. Il a été constaté ainsi que cette anse reste excitable par distension pendant 6 à 8 heures. Ensuite, l'excitabilité diminue vraisemblablement parce que la choline diffuse dans le liquide ambiant. Effectivement, l'analyse montre que, pendant 1 ou 2 heures, il diffuse 0,1 milligr. de choline par gramme d'intestin sans que le seuil de l'excitabilité péristaltique diminue. Malgré cela, l'anse contient toujours autant de choline à la fin qu'au début de l'expérience. Il en diffuse donc finalement une quantité plus grande que celle qui existait au début de l'expérience. Cette production doit être le résultat d'un dédoublement de la lécithine. On trouve, en effet, que 1 gramme d'intestin contient 1,5 milligr. de choline sous forme de lécithine et que le dédoublement persiste jusqu'à la mort de l'organe.

D'autres tissus ont été également étudiés à ce point de vue. Dans les muscles, la choline devient 2 fois et demi plus abondante sous l'influence d'une faradisation énergique. Le cœur de la grenouille produit également un peu de choline. Mais c'est surtout la musculature lisse de l'utérus qui présente ce phénomène d'une façon marquée : 1 gramme de cet organe produit 0,12 milligr. de choline par heure.

On ne saurait cependant admettre, d'après K., que la choline représente l'hormone péristaltique intestinale. Cependant, comme au bout de quatre ou 5 jours de jeûne, le grêle du cobaye perd la moitié de sa choline, on peut ainsi constater que, dans ces conditions, la réponse à une forte excitation par distension est faible. Mais plusieurs excitations suffisent pour rendre à l'intestin à la fois une activité réflexe et un taux de choline analogues à ce qui existe dans l'intestin normal. Ainsi un taux défini de choline est nécessaire pour que l'excitabilité de l'intestin soit normale. Le facteur qui déclenche la péristaltique, c'est la distension par réplétion. Mais il est probable que la choline et plus encore l'acétylcholine représentent un « excitant de secours ». L'acétylcholine serait détruite au cours d'une phase préparatoire de l'onde péristaltique et alors une différence entre le taux de la choline du sang et celui de l'intestin agirait.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig)

F. Fleischner. ***Le lobe inférieur accessoire pulmonaire; sa signification en radiodiagnostic*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. XLVII, nº 6, 1933). — En se basant sur les publications anatomiques antérieures et sur des recherches personnelles F. expose, dans ses grandes lignes, la morphologie du lobe inférieur accessoire; il insiste en particulier sur le fait que la séparation de ce lobe est souvent incomplète. Les épaississements de cette portion se traduisent radiologiquement par l'existence d'une opacité triangulaire basale, paramédiastinale, dont les contours nets sont sensiblement rectilignes; celle-ci, jusqu'à présent, était en général considérée comme due à des phénomènes de pleurite médiastino-costale et c'est à Graberger que l'on doit d'en avoir, le premier, indiqué la véritable nature.

Il s'agit là d'une variété anatomique très fréquente puisque, d'après les statistiques anatomiques, il semble que l'on puisse l'observer complète dans 20 pour 100 et incomplète dans 35 à 40 pour 100 des poumons examinés.

Si l'anomalie n'est que partielle c'est seulement par l'examen en certaines positions nettement définies qu'il est possible d'en reconnaître les infiltrations qui peuvent comporter toutes les manifestations pulmonaires, comme aussi des pneumonies tuberculeuses.

Cette région est particulièrement touchée dans l'enfance par tous les processus, en général, et par la pneumonie de la coqueluche, en particulier, expliquant ainsi la fréquence des observations chez l'enfant; la dilatation des bronches est également souvent observée dans cette région et une poussée ganglionnaire est susceptible d'en provoquer l'atélectasie; on peut observer également à ce niveau un cancer bronchique.

Le diagnostic différentiel, facile avec les épanchements médiastinaux, est plus délicat avec la pleurite costo-médiastinale; on tiendra compte surtout, dans ce but, du déplacement respiratoire vers la paroi thoracique et des « ramifications bronchiques claires ».

En dehors des cas où il est infiltré, on peut mettre en évidence ce lobe accessoire quand, seul, il reste respecté au cours d'une infiltration du lobe inférieur; on peut aussi, quand il n'est pas infiltré, observer la fine opacité de la scissure interlobaire qui peut être le siège d'une pleurésie qui se traduit alors par une opacification plus apparente.

Morel Kahn.

ARCHIVOS ARGENTINOS DE ENFERMEDADES DEL SPARATO RESPIRATORIO
(Buenos-Aires)

Radiologie de la tuberculose pulmonaire (*Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio*, t. 1, nos 2, 3, 4, Avril, Mai, Juin, Juillet 1933). — La nouvelle Revue Argentine des maladies de l'appareil respiratoire a consacré à l'étude radiologique de la tuberculose pulmonaire trois de ses premiers numéros et de nombreux auteurs ont collaboré à leur rédaction.

Les articles qui composent ces numéros spéciaux passent en revue les principales questions que soulève l'emploi du radiodiagnostic dans l'étude de la tuberculose pulmonaire; mais, avant de résumer ces travaux, nous citerons le chapitre dû à J. A. Saralegui, qui a envisagé le problème de l'*examen du thorax normal aux différents âges*, dont la connaissance doit précéder la discussion des problèmes que peut soulever la pathologie, et où l'auteur décrit les principaux aspects que présentent la cage thoracique et son contenu et insiste sur l'importance de l'examen en position latérale.

J. Palacio, envisageant l'*importance de la radiologie au cours de la tuberculose pulmonaire*, considère que celle-ci, tant au point de vue du diagnostic que de l'étude de l'évolution de la maladie, de son pronostic et de son traitement, est un complément indispensable des examens cliniques et bactériologiques.

C. Bonorino Udaondo et A. Vadone ont fait une étude générale de nos connaissances sur l'*aspect radiologique du lobe azygos tant normal que pathologique* et des diagnostics différentiels que peut faire poser son existence.

E. L. Lanari et J. A. Aguirre ont étudié *la tuberculose miliaire et son aspect radiologique* et montrent quel rôle la radiologie est appelée à jouer pour le diagnostic de cette forme de bacillose souvent impossible à diagnostiquer sans avoir recours aux rayons. Ils discutent le diagnostic différentiel des aspects miliaires comme aussi le pronostic et rapportent un certain nombre des cas si rares de guérison qu'ils ont pu relever dans la littérature.

R. F. Vaccarezza et A. J. Galli ont consacré leur article aux *aspects radiologiques de la rétraction scléreuse au cours de la tuberculose pulmonaire*. Si celle-ci a déjà été entrevue autrefois par des cliniciens avertis comme Bayle et Laennec, c'est surtout à la radiologie que l'on doit d'en avoir reconnu la fréquence et l'importance clinique. V. et G. étudient les modifications statiques et cinématiques qu'elle provoque, les aspects particuliers qui en résultent et discutent la pathogénie du syndrome de rétraction thoraco-pulmonaire.

N. Romano et R. Eyherabide ont écrit une revue générale très complète sur le *diagnostic clinico-radiologique des pleurésies localisées*, axillaires, du sommet, des bases, multiples, médiastines, diaphragmatiques et interlobaires.

C. Patino Mayer discute le *problème des lymphangites et des périlymphangites* et R. Pardal celui des *images annulaires du poumon*.

C. Fonso Gandolfo, R. Hansen et I. Ricardo Steinberg envisagent la question de la *tuberculose ganglio-pulmonaire de l'adulte* dont le diagnostic ne peut être porté qu'avec l'appoint de la clinique et qui peut comporter quatre types : caséeux, fibreux, fibro-caséeux, spontanément régressif.

T. Castellano et C. Verde exposent la *radiologie des processus scissuraux et interlobaires*, tandis que L. U. Rabuffetti et A. J. Vitale discutent la question de la *tramite*.

Tous ces articles, qui contribuent à mettre en valeur l'importance de l'examen radiologique, montrent cependant la nécessité des examens cli-

niques de toute nature dont on ne saurait méconnaître le rôle capital; de nombreuses illustrations et des bibliographies sommaires des principaux travaux contribuent à l'intérêt pratique de ces numéros spéciaux.

MOREL KAHN.

THE LANCET
(Londres)

R. Brock. ***Les thromboses veineuses post-opératoires et le nombre des plaquettes*** (*The Lancet*, n° 5718, 1er Avril 1933). — Il est généralement admis que les plaquettes sanguines jouent un rôle important dans la coagulation du sang et que l'élévation de leur nombre chez un sujet coïncide avec une tendance aux thromboses veineuses. Hueck en se basant sur 100 observations a montré que le nombre des plaquettes, après une opération, variait suivant certaines règles. Immédiatement après l'opération, le nombre des plaquettes baisse pour remonter à la fin de la première semaine et devenir maximum le dixième et le douzième jour après l'opération, ensuite il redevient normal. Il mentionne également que l'élévation du nombre des plaquettes est proportionnelle à la sévérité de l'opération probablement en rapport avec le degré des dommages tissulaires. Dawbarn, Earlam et Evans, sans connaître le travail précédent, aboutissent aux mêmes conclusions. Après un accouchement, les plaquettes se comportent de la même façon qu'après une opération et la phlébite des accouchées survient au moment où s'élève le nombre des plaquettes.

B. a compté les plaquettes d'un sujet qui subit une phrénicectomie et une thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire. Une thrombose veineuse survint 12 jours après la thoracoplastie, au moment où les plaquettes atteignaient le chiffre de 450.000. Dans ce cas, il est évident que l'immobilité au lit, la position assise, l'incursion respiratoire limitée, la déshydratation causant la viscosité du sang, la destruction de tissus libérant certaines substances coagulantes ont pu jouer un rôle, mais les plaquettes, en nombre elevé, ont dû favoriser l'extension rapide du caillot. Il serait de toute nécessité de trouver une substance ou un moyen qui serait capable de diminuer les plaquettes dont le nombre s'élève après toutes les opérations.

ANDRÉ PLICHET.

H. A. Treadgold. ***La pression sanguine des adultes en bonne santé*** (*The Lancet*, n° 5719, 8 Avril 1933). — Cette étude porte sur 2.497 sujets que T. a eu à examiner et à observer en sa qualité de médecin de la « Royal Air Force ». Il confirme tout d'abord ce que le service médical des assurances américaines avait avancé: entre 18 et 40 ans, l'âge a peu d'effet sur la tension de sujets ayant une taille et un poids normaux. Chez ces sujets, la tension normale est de 125/75. Chez les sujets de poids et de taille au-dessous de la normale, la tension peut descendre jusqu'à 118/75; chez les sujets de taille et de poids au-dessus de la normale les tensions peuvent monter jusqu'à 132/82. La recherche du test cardiaque à l'effort accentue ces différences de pression dues à la constitution. Le facteur émotionnel au premier examen peut avoir une action importante. Il affecte principalement la pression systolique, mais est de nature transitoire. L'augmentation de volume du corps thyroïde est souvent associée à l'insuffisance cardio-vasculaire à l'effort et les deux pressions sont, dans ce cas, légèrement au-dessus de la normale. L'albumine fonctionnelle n'a pas d'effet sur la pression, mais la glycosurie augmente la pression systolique et la pression diastolique. Il en est de même chez les sujets qui ont eu la scarlatine. Les climats extrêmement chauds ont une tendance à abaisser la tension.

L'hypotension peut s'accompagner d'une bonne santé. 3 pour 100 des pilotes d'avion sont hypotendus, mais ils ont un poids au-dessous de la normale. 6 pour 100 ont une pression systolique au-dessus de 140; ceux-ci ont un poids au-dessus de la normale. Mais quand la pression diastolique s'élève au-dessus de 90, il faut compléter l'examen par la recherche de la valeur fonctionnelle des reins, la radiographie des dents et des sinus. On admet actuellement que l'hypertension est une maladie constitutionnelle avec une origine familiale. Il en est de même pour l'hypotension, mais l'obésité d'une part, les toxémies augmentent cette tendance constitutionnelle.

ANDRÉ PLICHET.

H. Cairns et **W. Russel.** ***Le vertige auriculaire. Son traitement par la division du nerf auditif*** (*The Lancet*, n° 5723, 6 Mai 1933). — C. et R. ont traité 4 cas de vertige auriculaire par la section du nerf auditif. Il s'agissait d'attaques sévères de vertige s'accompagnant de vomissements, d'impossibilité de se tenir debout, de surdité.

Le 8e nerf est découvert au niveau de l'angle ponto-cérébelleux après réclination du lobe latéral du cervelet. La portion vestibulaire du nerf est plus résistante que la portion cochléaire.

Cette opération ne peut se faire dans tous les cas de vertige auriculaire. Il faut exclure les vertiges dûs à une labyrinthite, à une lésion de l'oreille externe (bouchon de cérumen), à une lésion de l'oreille interne, à une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. On ne peut envisager cette opération également que lorsque la surdité est telle que la section du nerf auditif ne peut l'augmenter.

Les 4 malades opérés virent leurs crises de vertige disparaître au bout de quelques jours et reprirent leurs occupations après un temps variable. Il est à remarquer que la section du nerf auditif amène moins de vertiges et de vomissements qu'une labyrinthite aiguë.

D'une façon générale, on remarque un nystagmus pendant deux ou trois semaines. Ce nystagmus a lieu quand le malade regarde du côté de son opération; mais il existe aussi un nystagmus rotatoire dans le sens des aiguilles d'une montre dans la section du nerf auditif droit, Les malades opérés ont eu également pendant la même période de la diplopie. Cette diplopie ne peut être expliquée par une paralysie quelconque des muscles de l'œil. Cette diplopie peut être due à la déviation des yeux. En effet, après la section du nerf auditif droit, l'œil droit regarde en bas et en dedans et l'œil gauche regarde en haut et en dedans. Ce déplacement est léger. Cette déviation des globes oculaires a pu être reproduite expérimentalement chez l'animal. Cette diplopie passagère peut également recevoir l'explication suivante: la perception des objets dépend non seulement de la position des deux images sur la rétine mais encore des sensations dérivées de la tonicité des muscles de l'œil. Le labyrinthe joue certainement un rôle d'association entre ces deux éléments de la perception.

ANDRÉ PLICHET.

F. W. Fox. ***Une étude sur les réserves en vitamine A du foie chez les ouvriers mineurs indigènes*** (*The Lancet*, n° 5723, 6 Mai 1933). — Les réserves du foie en vitamine A au cours des différentes maladies ont été déjà étudiées et on a signalé à diverses reprises la mortalité plus grande des individus en état de carence de cette vitamine. En dosant la vitamine A dans le foie d'ouvriers mineurs, décédés de morts violentes ou de pneumonie, F. a pu voir qu'il existait chez la plupart des indigènes travaillant aux mines du Transvaal une carence importante de cette vitamine. Il ne s'agit pas dans la pneumonie qui évolue si rapidement d'un épuisement des réserves, il faut incriminer avant tout le régime réduit en vitamines auxquels ils sont soumis. Naturellement le traitement rationnel de cette maladie comme des autres infections devra comprendre des vitamines A en quantité importante.

ANDRÉ PLICHET.

R. C. Wingfield. ***Le problème des rechutes en tuberculose pulmonaire chronique*** (*The Lancet*, n° 5727, 3 Juin 1933). — Les traits principaux des rechutes de tuberculose pulmonaire chronique sont les suivants: les rechutes n'ont aucun prodrome apparent; la nouvelle poussée peut, en certains cas, être silencieuse et, dans la plupart des cas, les symptômes et les troubles généraux sont si peu marqués qu'ils peuvent passer inaperçus. Dans bien des cas l'examen physique ne donne que peu de renseignements et même, si la nouvelle poussée est accompagnée de signes physiques, ceux-ci sont passagers. Les symptômes généraux, quand ils existent, durent peu de temps.

Ces rechutes si fréquentes indiquent qu'il ne faut pas cesser de surveiller étroitement les tuberculeux et qu'il faut les suivre à la radiographie au moins pendant les deux années qui suivent le traitement initial. Les faits démontrent que ni le traitement ni le pneumothorax ne protègent d'une façon certaine le malade contre ces rechutes.

Il est vraisemblable que ces rechutes sont dues à l'état d'allergie du sujet. Il faut s'attacher à le dépister et essayer de désensibiliser le malade.

ANDRÉ PLICHET.

L. Whitby et **C. J. Britton.** ***La relation entre les hématies ponctuées les hématies polychromatophiles et les réticulocytes*** (*The Lancet*, n° 5727, 3 Juin 1933). — Les phénomènes de polychromatophilie et de ponctuation des hématies ont été rattachés à la dégénération granuleuse. Depuis la découverte des réticulocytes, à l'aide des méthodes de coloration vitale, la question s'est posée de savoir s'il y avait identité entre ces trois sortes de cellules.

W. et B. ont injecté à des lapins une solution colloïdale de plomb, une solution de phénylhydrazine et les deux solutions à la fois. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes: les hématies ponctuées sont caractéristiques de l'intoxication saturnine, mais on les trouve également dans les cas graves d'anémie pernicieuse et de leucémie. Dans ces cas, elles sont associées avec des cellules polychromatophiles nombreuses. Les réticulocytes produits par le saturnisme ou par les injections de phénylhydrazine sont identiques aux réticulocytes normaux.

L'injection conjuguée de phénylhydrazine et de plomb colloïdal produit des décharges alternées de cellules ponctuées et de cellules polychromatophiles sans qu'on puisse en voir l'explication. La polychromatophilie et la ponctuation des hématies sont deux manifestations du phénomène de réticulation. La ponctuation serait un phénomène de moindre importance que la polychromatophilie et n'aurait pas d'effet sur la vitalité de la cellule.

ANDRÉ PLICHET.

Sinclair Miller. ***Le traitement de la fièvre ondulante par le choc protéinique*** (*The Lancet*, n° 5727, 3 Juin 1933). — La fièvre ondulante, produite par *Brucella abortus*, est caractérisée, en plus de la température à type intermittent de longue durée, par des vomissements, par des sueurs nocturnes, par des rashs et par une splénomégalie. Ce n'est pas une affection bénigne. La pneumonie est à redouter. A signaler encore qu'elle frappe de préférence le sexe masculin.

Le facteur le plus important de prophylaxie est la pasteurisation du lait. Le traitement jusqu'alors se bornait à être symptomatique. M. a traité avec succès 7 cas de fièvre ondulante par des injections intraveineuses de T.A.B. Une injec-

tion, dans la plupart des cas, a suffi. Dans certains cas il a fallu la répéter cinq jours après. La dose de T.A.B. n'est pas indiquée.

André Plichet.

E. R. Flint. ***Remarques sur les conditions pré-opératoires*** (*The Lancet*, n° 5728, 10 Juin 1933). — Les principales méthodes employées pour mettre un malade en état de supporter une opération sont le repos, les injections de sérum salé et sucré, la transfusion du sang, le régime. Laisser le malade au lit pendant 36 heures est regardé comme un minimum pour toutes les opérations abdominales. Faire dormir le malade, au moins dans la nuit qui précède l'opération, même au besoin avec des hypnotiques, en évitant toutefois ceux qui abaissent la tension, est absolument nécessaire. Il faut tenir compte également des pertes de l'organisme en eau et en sel et ne pas hésiter, même en l'absence de vomissements ou de diarrhée, à donner de l'eau par la bouche et à recourir aux injections de sérum salé ou glucosé. Dans les cas de diabète, il faut faire usage d'insuline pour préparer le malade. Chez les sujets atteints d'anémie, ou d'un temps de saignement allongé, ou d'une tension artérielle basse, une transfusion avant l'opération est nécessaire. Il ne faut pas regarder la transfusion seulement comme un moyen héroïque. Enfin, il ne faut pas oublier qu'un régime riche en vitamines A favorise la lutte contre l'infection et contre la pneumonie post-opératoire.

Ainsi, beaucoup de complications post-opératoires seront évitées. Il est surtout essentiel de savoir jusqu'à quel point le malade est atteint et ceci devient de plus en plus une question de connaissance biochimique du sang. Nous ne devons plus nous borner au simple examen d'urines. Il y a encore de grands progrès à faire en ce qui concerne la fonction hépatique. Toutes ces études biochimiques ne sont pas seulement d'un intérêt académique, elles ont une grande importance pour le chirurgien. En effet, les morts attribuées à tel ou tel organe sont bien souvent dues, en réalité, à un trouble plus fondamental.

André Plichet.

H. Beckmann. ***Le traitement du rhume des foins par la désensibilisation et par l'ingestion d'acide*** (*The Lancet*, n° 5728, 10 Juin 1933). — Le traitement par la désensibilisation du rhume des foins consiste à faire une série de 16 injections, à raison d'une par semaine, d'un extrait des graminées pour lesquelles le sujet est sensibilisé. La dernière injection doit coïncider avec le commencement de la période où le malade attend son rhume des foins. Cette désensibilisation ne dure qu'une saison et il faut recommencer chaque année. De plus, dans les régions où les pollens sont dans l'air d'une façon continuelle, la désensibilisation cesse au bout de peu de semaines. Certains auteurs continuent les injections pendant toute l'année. En réunissant les statistiques de divers auteurs portant sur plus de 2.000 cas, on arrive à la conclusion suivante: que les 2/3 seulement des rhumes des foins sont améliorés par les méthodes de désensibilisation.

Reprenant un traitement ancien, préconisé en 1893 par Bischop, B. a traité 518 malades par l'ingestion d'une solution d'acide nitro-chlorhydrique. Cet acide nitro-chlorhydrique, d'après le codex des Etats-Unis, est composé de 18 parties d'acide nitrique et 82 parties d'acide chlorhydrique.

Le traitement consiste à prendre après les deux principaux repas et une fois dans la nuit, le plus près possible de minuit, environ 1/2 cmc de cet acide dans 150 gr. d'eau suivi de l'absorption immédiate d'un second verre d'eau.

Sur 518 malades ainsi traités, B. a eu 69 pour 100 de succès. Aucun de ces malades n'a présenté de troubles, à peine un peu de diarrhée et une diurèse plus abondante. Il recommande de ne pas prescrire du calomel en même temps que ce traitement.

André Plichet.

Mc Laughlin. ***Tuberculose intestinale. Son diagnostic précoce; son traitement*** (*The Lancet*, n° 5730, 24 Juin 1933). — Pendant plusieurs années, on a cru que le commencement de la tuberculose intestinale annonçait la mort d'un tuberculeux pulmonaire. Ce point de vue peut se justifier encore si l'on attend la diarrhée profuse, l'anorexie, la température oscillante, les douleurs abdominales; mais les recherches cliniques et la radiographie permettront d'accomplir les mêmes progrès qui sont survenus en matière de tuberculose pulmonaire dans ces trente dernières années.

La tuberculose intestinale se traduit dans 85 pour 100 des cas par des ulcérations qui siègent sur la partie terminale de l'intestin grêle, sur le cæcum et la partie ascendante du côlon. Les raisons en sont les suivantes: abondance des plaques de Peyer dans cette partie de l'intestin, stagnation du contenu intestinal avant de franchir la valvule iléo-cæcale.

Garder trouva 85 pour 100 de lésions intestinales chez 173 cavitaires. Dans un autre groupe de 21 tuberculeux sans spélunque, il trouva 52 pour 100 d'ulcérations intestinales. Le même auteur trouva à l'autopsie plus de lésions de l'intestin grêle que n'en avait révélé la radiologie.

Expérimentalement, il est difficile de reproduire la tuberculose intestinale et si on peut la reproduire par voie sanguine, la voie la plus fréquente reste, chez l'homme, la voie intestinale. Smith et Mac Conkey, en 1929, en mettant des cobayes à un régime carencé en vitamine A, C, D, ont pu réaliser une tuberculose intestinale par ingestion de crachats chez 32 cobayes sur 37. Sur 35 animaux témoins, recevant le même nombre de bacilles, mais soumis à un régime riche en vitamines A, C, D, il n'y eut que 11 cobayes ayant des lésions intestinales à l'autopsie.

Stierlin, Brown et Sampson ont précisé les signes radioscopiques. D'une façon générale, il y a hypermotilité avec emplissage complet des côlons en 24 heures par la baryte. On peut noter encore une flexion de l'angle hépatique retenant la baryte, la présence de spasmes, un contour irrégulier du côlon ascendant et du cæcum, une augmentation avec dilatation de certains replis intestinaux, une stase gastrique et iléale. En règle, les signes radiologiques se voient avant les symptômes cliniques.

Quant à ceux-ci, au début, ils sont peu marqués. Il faut faire attention aux légères élévations de température que ne justifient pas une poussée évolutive, à un poids stationnaire, à l'anorexie, aux nausées, à la flatulence, à la constipation alternant avec la diarrhée, aux douleurs abdominales et à une légère sensibilité à la palpation de la région iléo-cæcale.

La présence de bacilles de Koch dans les selles n'est pas une preuve surtout chez les tuberculeux cavitaires. La présence de sang ou de pus a plus de valeur.

Quant au traitement, il faut se rappeler que les lésions intestinales, contrairement aux lésions pulmonaires, ont une tendance naturelle à la cicatrisation et que cette cicatrisation est hâtée par la guérison de la tuberculose pulmonaire. Les rayons ultra-violets, l'héliothérapie ont à leur actif de nombreux succès. Brown et Sampson sur 463 cas traités par les rayons ultra-violets annoncent 70 pour 100 de succès. Smith et Mac Conkey préconisent un régime riche en vitamines (huile de foie de morue et jus de tomate), pendant six mois à un an, traitement plus économique que l'héliothérapie. Les douleurs et la diarrhée sont calmées par les injections intraveineuses de chlorure de calcium soit à la dose de 2 à 4 cmc d'une solution à 50 pour 100 comme l'ont préconisé Rist, Ameuille et Ravina, soit à la dose de 5 cmc d'une solution à 5 pour 100. Enfin, on peut lutter contre la diarrhée par des lavements d'eau salée et de préparations d'opium ou de sels d'argent.

André Plichet.

IL POLICLINICO [Sezione chirurgica] (Rome)

Giovanni Battista Culmone (Rome). ***La dilatation aiguë de l'estomac et sa pathogénie*** (*Il Policlino, sezione chirurgica*, t. XL, n° 4, 15 Avril 1933). — Trois groupes d'expériences :

Dans le premier, tendant à apprécier la valeur de la théorie mécanique de la dilatation aiguë de l'estomac, il a été réalisé dans un certain nombre de cas une occlusion du duodénum par ligature, et dans les autres une compression prolongée par la corde mésentérique tendue grâce à la fixation de la première anse jéjunale dans le petit bassin.

Dans le second, tendant à étudier les conséquences du syndrome de paralysie vago-sympathique sur le tonus et la motilité de la musculature gastrique et sur la sécrétion gastrique, il a été pratiqué soit une section bilatérale du pneumogastrique au niveau du cou, soit une section du pneumogastrique abdominal au-dessous de l'hiatus du diaphragme, soit une destruction du plexus solaire par l'acide phénique. Le rôle de la narcose et du choc du plexus solaire ont été également envisagés.

Dans le troisième, enfin, c'est la théorie de la scialo-aérophagie qui a été envisagée par l'insufflation d'air dans l'estomac après laparotomie et injection de pilocarpine sous narcose incomplète pour exciter la sécrétion, gastrique et salivaire.

Les résultats obtenus par C. lui permettent de conclure que la théorie mécanique de la dilatation aiguë de l'estomac repose sur de simples suppositions qui conduisent à une confusion, grave au point de vue étiologique et thérapeutique, entre une occlusion intestinale élevée duodénale et une dilatation gastrique. La meilleure explication pathogénique est fournie par la théorie dynamique d'après laquelle l'ectasie résulterait d'une atonie primitive des parois gastriques, à condition d'admettre que toutes les causes susceptibles de la produire, agissant directement ou indirectement sur l'innervation intrinsèque ou extrinsèque de l'estomac, exercent leur action sur un organe déjà rendu anormal par des lésions purement fonctionnelles ou organiques.

André Guibal.

G. Battista Culmone (Rome). ***Anaphylaxie et ulcère de l'estomac*** (*Il Policlinico, sezione chirurgica*, t. XL, n° 6, 15 Juin 1933). — C. passe en revue les différentes théories proposées pour expliquer la pathogénie de l'ulcère gastrique, qui ne réussissent pas à bien expliquer son apparition ni son évolution. Il réserve son attention à la théorie anaphylactique telle que l'a défendue Césaris-Demel et que l'appuient les expériences de Iry et Saphiro, de Alessio, de Vallone, de Amorosi. Lui-même a expérimenté sur 28 lapins et 14 chiens, anaphylactisés par du sérum de cheval et chez lesquels il déclanchait soit un phénomène d'Arthus (par injection de même sérum dans la sous-muqueuse de l'antre avec injection simultanée d'une solution d'albumine d'œuf dans la sous-muqueuse du fond), soit un choc anaphylactique (par injection intraveineuse de sérum équin). Chez les animaux de la première série, il a constamment observé des lésions gastriques assez caractéristiques (hémorragies en foyer, pertes de substance de la muqueuse, lésions ulcéreuses).

Il estime en conséquence que la théorie anaphylactique est suffisante pour expliquer tous les points

obscurs de la pathogénie de l'ulcère gastrique, de son évolution et de ses complications. L'anaphylaxie aurait donc une importance capitale, dans de nombreux cas, sur son apparition et sur sa persistance; d'autres facteurs peuvent intervenir comme éléments d'aggravation et notamment des facteurs inflammatoires causés par des germes d'origine variable, les germes d'origine appendiculaire ayant une importance particulière.

André Guibal.

ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA
(Naples)

Giuseppe Lino (Catane). ***La courbe glycémique post-opératoire et sa signification biologique. (Recherches cliniques et expérimentales)*** [*Annali italiani di chirurgia*, t. XII, n° 2, 28 Février 1933]. — L., dans le but de préciser la signification biologique de l'hyperglycémie post-opératoire, a cherché le taux de la glycémie par la méthode de Bang, chez 52 opérés divers, les dosages étant faits aussitôt après l'intervention, puis le soir, puis de 12 en 12 heures jusqu'à retour à la normale.

L'action de la morphine ou de la novocaïne administrées sur la glycémie paraît négligeable; de même celle de l'adrénaline à faible dose (0 milligr. 25); au contraire, la narcose a à peu près constamment élevé son taux. Le rôle de la crainte pré-opératoire et celui de la douleur ont paru inconstants. Suivant l'acte opératoire: élévation inconstante de la glycémie après simple laparotomie exploratrice, à peu près constante après intervention sur l'estomac et l'intestin, les voies biliaires, les reins, après cure radicale de hernies; il semble qu'il faille mettre au premier rang les opérations nécessitant des tractions sur les mésos et celles portant sur les reins.

Dans l'ensemble, le réflexe aboutissant à l'hyperglycémie semble dû à une excitation périphérique empruntant la voie des splanchniques avec action directe sur les surrénales; l'hyperadrénalinémie consécutive entraînerait une rapide mobilisation du glycogène hépatique.

Contrairement à l'opinion courante, la réaction hyperglycémique serait une réaction biologique de défense qu'il faudrait favoriser et non combattre.

André Guibal.

Raffaele Palma (Naples). ***Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'infection tétanique*** (*Annali italiani di chirurgia*, t. XII, n° 2, 28 Février 1933). — P. a observé la présence de bacille tétanique chez une malade dans le pus de deux abcès d'origine hématogène. Partant de ce cas, il s'est proposé de rechercher les conditions qui peuvent favoriser la localisation périphérique des bacilles du tétanos injectés, isolément ou associés à d'autres germes, directement dans la circulation sanguine.

Ses expériences ont porté sur trois groupes d'animaux (lapins): 1° Création d'un abcès chimique par injection d'huile essentielle de térébenthine dans les muscles d'une cuisse, puis inoculation d'une culture mixte de bacilles tétaniques, de staphylocoques et de bacterium coli; 2° injection d'abord d'huile de térébenthine, puis de bacilles tétaniques; 3° injection intraveineuse de bouillon-culture de bacilles tétaniques et secondairement injection intramusculaire d'huile de térébenthine.

Il aboutit aux conclusions suivantes:

1° La présence dans l'organisme d'un abcès peut agir comme fixateur du bacille tétanique librement circulant, qui resterait, autrement, inoffensif.

2° Les abcès chimiques ont le pouvoir de fixer les germes circulant librement dans le sang, mais ne sont pas capables d'attirer *in situ* les bactéries existant à l'état latent dans les organes internes.

André Guibal.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

G. Marinesco et **E. Facon**. ***Le traitement des troubles post-encéphalitiques par l'atropine à hautes doses*** (*Romania medicala*, t. XI, n° 11, 1er Juin 1933). — La scopolamine ne donne pas toujours de bons résultats dans les troubles post-encéphalitiques.

En 1921, Radovici et Nicolesco avaient employé l'atropine en injections sous-cutanées à la dose de 1-2 milligr. par jour, dans les états parkinsoniens. Mais c'était une dose bien inférieure à celle qui pouvait améliorer sensiblement ces troubles. Bremer a montré que, dans cette affection, les malades supportent des doses élevées d'atropine. Le médicament ne s'accumule pas dans l'organisme et les doses fractionnées et croissantes sont bien supportées, comme la nicotine ou l'arsenic. Roemer a proposé le traitement suivant dans le parkinsonisme post-encéphalitique: on emploie le sulfate d'atropine en solution de 0,50 pour 100 d'eau distillée dont une goutte correspond à 1/4 de milligr. d'atropine. On donne au début III gouttes par jour, une le matin après le petit déjeuner, une autre goutte le soir avant le coucher. La troisième goutte se donne à distance égale des deux autres. Ensuite, on augmente la dose de II gouttes par jour, d'une goutte chez les malades fatigués ou affaiblis. La dose du soir doit être toujours plus élevée que les autres. On augmente progressivement jusqu'au moment où l'on n'observe plus d'amélioration. On reste à cette dose et l'on diminue de II gouttes jusqu'à une récidive. La dose d'entretien sera alors un peu plus élevée que la dose précédente. Roemer a traité ainsi presque 200 malades environ; certains sont arrivés à prendre CXX à CXL gouttes par jour sans troubles importants. Les seuls troubles mentionnés sont ceux dus à l'atropinisation: sécheresse de la bouche, troubles d'accommodation, anorexie et constipation, parfois troubles mentaux dépressifs, mais ces inconvénients sont passagers et disparaissent par le traitement adéquat.

Contre-indication absolue: interrompre brusquement le traitement.

Les résultats sont des plus remarquables. Plus de 60 pour 100 des malades, traités par Roemer, ont repris leurs occupations antérieures. M. et F. ont traité 20 malades dont 12 à prédominance de rigidité, 3 cas à tremblement important, une maladie de Parkinson et 4 malades de spasme de torsion et de mouvements involontaires. Les résultats sont remarquables, même aux doses plus réduites que celles de Roemer. Outre la constipation remarquée par R., M. et F. notent la diarrhée due sans doute à la modification de la sécrétion et de la motilité, améliorée par une potion à l'acide chlorhydrique et à la pepsine. Tous les malades de Marinesco étaient vagotoniques avant et devenaient sympathectoniques après le traitement. L'examen chronaxique des muscles montre qu'il y a une normalisation de la chronaxie.

La méthode de Roemer a une base expérimentale et représente à l'heure actuelle la meilleure thérapeutique des victimes de l'encéphalite épidémique. Elle permet à un grand nombre de malades la reprise, dans une certaine mesure, de l'activité antérieure.

Henri Krauter.

T. Sarage. ***L'état actuel du traitement de l'hypertension artérielle*** (*Romania medicala*, t. XI, n° 12, 15 Juin 1933). — Depuis l'hippocratique phlébotomie jusqu'à l'endocrinothérapie moderne, on a tout essayé dans le traitement de l'hypertension.

Avec Vaquez, S. s'élève contre la théorie rénale de l'hypertension.

Les diurétiques rénaux sont complètement inefficaces; même dans la phase d'insuffisance rénale, qui est tardive, les diurétiques ne font qu'augmenter la céphalée.

Dans les cas d'hypertension artérielle par pléthore, l'hypertension des obèses et des hypertendus rouges de Volhard, dans l'hypertension paroxystique, la médication déplétive, les phlébotomies, les ventouses scarifiées, les purgatifs drastiques ou répétés sont des moyens simples, mais efficaces. Il faut constater que la saignée même large, 4-500 gr., n'abaisse sensiblement les chiffres tensionnels que d'une manière passagère.

Tomesco a constaté que les ventouses scarifiées produisent une chute de tension plus marquée que la phlébotomie. La thérapeutique antiscléreuse et résolutive est à employer dans les cas indiqués. Les scléreux hypertensifs, comme ceux spécifiques, et une partie des hypertendus familiaux se trouvent améliorés par le traitement iodé; mais, les résultats ne s'obtiennent qu'à la longue. Chez les syphilitiques hypertendus, le traitement spécifique évitera l'évolution de l'artérite cérébrale, cause d'hémorragies qui peuvent être fatales; il doit être institué avant qu'apparaissent des lésions rénales. La thérapeutique tonicardiaque est indiquée chaque fois que l'hypertendu est menacé de la distension du ventricule gauche. La dyspnée, les palpitations, les douleurs vagues précordiales sont les signes prémonitoires, l'asthme cardiaque, l'œdème aigu et l'hémorragie sont les accidents majeurs de l'hypertension. Il faut employer l'ouabaïne et la digitaline à dose suffisante et sauf crainte d'effet hypertensif secondaire.

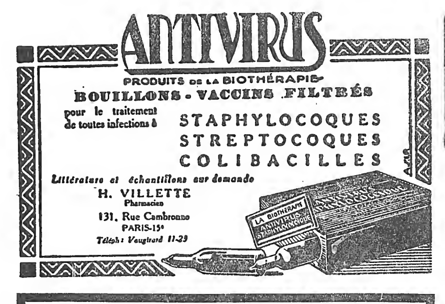
La thérapeutique antispasmodique s'applique avec succès presque à tous les hypertendus. Mais les hypertendus, qui en bénéficient, sont les hypertendus solitaires, les hypertensions paroxystiques. On a employé les nitrites, la trinitrine, la papavérine, le gui, l'ail, le benzoate de benzyle, les bains carbogazeux, la diathermie. S. a obtenu les meilleurs résultats avec la trinitrine, III gouttes par jour, associée au bromure de Ka. L'acécholine a en outre une action vagale. L'irradiation des capsules surrénales a donné quelques résultats.

La médication endocrine est entrée la dernière en date dans l'arsenal thérapeutique.

Gley a montré l'action hypotensive d'un extrait pancréatique désinsulinisé, qui agirait par la neutralisation des glandes surrénales. Dans le même ordre d'idées, certains auteurs ont expérimenté l'action des extraits musculaires soit différenciés, myocarde ou tissu musculaire, soit le tissu musculaire banal sur la tension artérielle. Dans les hypertensions de la ménopause qui sont passagères et de pronostic bénin, Crainiceano a obtenu de véritables chutes de tension par la folliculine intraveineuse.

Enfin, il y a d'autres hormones qui jouent un rôle; Daniel a montré que la bile a des effets hypotensifs. En conclusion, l'hypertension artérielle dispose actuellement de ressources thérapeutiques variées et multiples et dans les derniers temps la thérapeutique de l'hypertension est entrée dans la voie humorale.

Henri Krauter.


ANTIVIRUS
PRODUITS DE LA BIOTHÉRAPIE
BOUILLONS - VACCINS FILTRÉS
pour le traitement de toutes infections à
STAPHYLOCOQUES
STREPTOCOQUES
COLIBACILLES
Littérature et échantillons sur demande
H. VILLETTE
Pharmacien
131, Rue Cambronne
PARIS-15e
Téléph : Vaugirard 11-23
LA BIOTHÉRAPIE
ANTIVIRUS


ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
Cas aigus : 4 à 5 pilules par jour pendant 6 jours.
Dose préventive : 2 pilules par jour pendant 15 jours
ANTISPASMODIQUE PUISSANT · SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES · PLEURÉSIE
diurogène : 3 à 4 cachets par jour pendant 5 jours.
2 cachets par jour pendant 10 jours.
CONTRE TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
Dose forte : 2 à 3 cachets par jour pendant 10 jours
Dose cardiotonique : 1 cachet par jour pendant 20 jours
ACTION IMMÉDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
Cas aigus : 5 cachets par jour pendant 6 jours.
Cure de diurèse : 2 cachets par jour pendant 15 jours
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L. BOIZE ET G. ALLIOT
9, AVENUE JEAN JAURÈS LYON 7e

CONSULTATIONS EXTERNES

1933 des Hôpitaux et Hospices de Paris 1933

I. — MÉDECINE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES

Tous les jours (Dimanches et Fêtes compris) dans les Établissements ci-après.

(Entrée du Public : de 8 à 9 heures du matin.)

1° ADULTES

		MM.
Hôtel-Dieu	Médecine	Gutmann.
	Chirurgie	Cunéo.
Pitié	Médecine	Boulin.
	Chirurgie	Raymond Bernard.
Charité	Médecine	Ravina.
	Chirurgie	Mauclaire.
Saint-Antoine	Médecine	Jacquelin.
	Chirurgie	Braine.
Necker	Médecine	Haguenau.
	Chirurgie	Ménégaux.
Cochin	Médecine	Debray.
	Chirurgie	Quénu.
Beaujon	Médecine	Decourt.
	Chirurgie	Lebovici.
Lariboisière	Médecine	Hamburger.
	Chirurgie	Thiéry.
Tenon	Médecine	N...
	Chirurgie	Launay.
Laennec	Médecine	Célice.
	Chirurgie	Proust.
Bichat	Médecine	Weismann.
	Chirurgie	Mouchet
Broussais	Médecine	Mme Bertrand-Fontaine
	Chirurgie	Huard.
Boucicaut	Médecine	Carrié.
	Chirurgie	Lahey.
Vaugirard	Chirurgie seulement	Pierre Duval.
Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Médecine	Péron.
	Chirurgie	Thalheimer.
Saint-Louis	Chirurgie seulement	Bloch (René).
Salpêtrière	Chirurgie seulement	Gosset.
Maison de Retraite des Ménages (Issy-les-Moulineaux)	Chirurgie seulement	Lardennois.

2° ENFANTS

				MM.
Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)		Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Huber.
Enfants-Malades	Médecine.	Lundi	9 h.	Nobécourt.
		Mardi	9 h.	Apert.
		Mercredi, Samedi	9 h.	Darré.
		Jeudi	9 h.	Hallé.
		Vendredi	10 h.	Weill-Hallé.
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle par les 5 médecins.
	Chirurgie.	Tous les jours	9 h.	Ombrédanne.
Bretonneau	Médecine.	Mercredi	8 h.	Guillemot.
		Samedi	8 h.	Henri Grenet.
		Dimanche, Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi	8 h.	Lévesque.
	Chirurgie.	Tous les jours	8 h.	Leveuf.
Trousseau	Médecine.	Tous les jours (sauf le Mercredi et le Jeudi)	8 h. 1/2	Janet.
		Mercredi	8 h. 1/2	Paisseau.
		Jeudi	8 h. 1/2	Lesné.
	Chirurgie.	Tous les jours	8 h. 1/2	Boppe.
Hérold	Médecine.	Tous les jours (sauf le Vendredi)	9 h.	Turpin.
		Vendredi	9 h.	Armand Delille.
Enfants-Assistés	Médecine.	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Lereboullet.
	Chirurgie.	Mardi, Jeudi et Samedi	10 h.	Martin
Saint-Louis (Hôpital d'Enfants)	Médecine.	Tous les jours	9 h.	Babonneix.
	Chirurgie.	Tous les jours	9 h.	Picot.

II. — MÉDECINE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES

(Consultations du soir)

				MM.
Cochin	Médecine.	Mardi, Vendredi	20 h.	Debray.
	Chirurgie.	Mardi, Vendredi	20 h.	Quénu.
Tenon	Médecine.	Mardi, Samedi	18 h. 1/2	N...
	Chirurgie.	Mardi, Samedi	18 h. 1/2	Launay.

III. — INSTITUTS DE PUÉRICULTURE

				MM.
Hôtel-Dieu	Consultations de nourrissons.	Mardi, Samedi	9 h.	Chirié.
		Jeudi	14 h.	—
Pitié	—	Mardi	9 h.	Jeannin.
		Samedi	14 h.	—
Charité	—	Mercredi, Samedi	9 h.	Vignes.
Saint-Antoine	—	Lundi, Jeudi	9 h.	Levy-Solal.
Beaujon	—	Lundi	13 h. 1/2	Levant.
Lariboisière	—	Mardi, Mercredi, Jeudi et Samedi	9 h.	Devraigne.
		Samedi	14 h.	—
Tenon	—	Mardi, Samedi	9 h.	Lemeland.
		Jeudi	14 h.	—
Boucicaut	—	Mardi, Mercredi et Samedi	13 h. 1/2	Ecalle.
Saint-Louis	—	Mardi, Samedi	14 h.	Cathala.
Maternité	—	Lundi, Mercredi et Vendredi	14 h.	Le Lorier.

				MM.
Baudelocque	Consultations de nourrissons.	Samedi	9 h.	Couvelaire.
		Mardi, Jeudi	14 h.	—
Tarnier	—	Lundi, Mardi	9 h	Brindeau.
		Jeudi	8 h. 1/2	—
		Samedi	14 h.	—
Bretonneau	—	Mardi, Samedi	9 h.	Marcel Metzger.
Enfants-Assistés	—	Jeudi, Samedi	9 h	Lereboullet

IV. — VACCINATION

VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

Hôtel-Dieu	Lundi	10 h.	*Tenon*	Mardi	9 h.
Pitié	Vendredi	9 h. 1/2	*Laennec*	Mercredi	8 h. 1/2
Charité	Samedi	9 h.	*Bichat*	Lundi	8 h. 1/2
Saint-Antoine	Lundi	8 h. 1/2	*Saint-Louis*	Jeudi	9 h. 1/4
Necker	Mercredi	9 h.	*Enfants-Malades*	Mercredi	9 h.
Cochin	Mardi	9 h.	*Trousseau*	Jeudi	8 h. 1/2
Beaujon	Vendredi	9 h.	*Bretonneau*	Lundi	9 h.
Lariboisière	Mardi	14 h. 1/2	*Hérold*	Jeudi	8 h. 1/2

VACCINATION ANTITYPHOÏDIQUE

1° ADULTES

Cochin	Samedi	9 h.	*Saint-Antoine*	Samedi	15 h.
Lariboisière				Samedi	17 h. 1/2

2° ENFANTS

Bretonneau	Mardi, Jeudi	9 h.	*Trousseau*	Mercredi, Jeudi et Vendredi	9 h.

VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

Saint-Louis (Annexe Grancher)	Jeudi	14 h.	*Bretonneau*	Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi	9 h.
Enfants-Malades	Tous les jours (sauf le Dimanche)	10 h.	*Trousseau*	Jeudi	9 h.
Hérold				Jeudi	8 h. 1/2

VACCINATION ANTITUBERCULEUSE

Enfants-Malades	Samedi	9 h.

V. — MALADIES SPÉCIALES

				MM.
Femmes enceintes.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Chirié.
	Pitié	Tous les jours	9 h. 1/2	Jeannin.
	Charité	Lundi, Vendredi	9 h.	Vignes.
	Saint-Antoine	Tous les jours	9 h.	Lévy-Solal.
	Beaujon	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Levant.
	Lariboisière	Tous les jours	9 h.	Devraigne.
	Boucicaut	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Ecalle.
	Saint-Louis	Mardi, Vendredi	9 h.	Cathala.
	Maternité	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Le Lorier.
		Tous les jours de 8 à 12 h. et de 14 à	18 h.	Le Lorier.
		Vendredi	9 h. 1/2	Guéniot.
	Baudelocque	Tous les jours, de 8 à (A la fondation Valaucourt.)	18 h.	Couvelaire.
	Tarnier	Tous les jours et à toute heure		Brindeau.
	Bretonneau	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h. 1/2	Marcel Metzger.
Gynécologie. (Maladies des femmes.)	*Hôtel-Dieu*	Mercredi (suite de couches)	9 h.	Chirié.
	Pitié	Mardi, Mercredi 9 h. 1/2. Samedi	14 h.	Jeannin.
		Lundi	9 h.	Baumgartner.
	Charité	Mardi	11 h.	Desplas.
		Jeudi	9 h.	Vignes.
	Saint-Antoine	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Grégoire.
		Mardi, Jeudi et Samedi	8 h. 1/2	Bréchot.
		Mardi, Vendredi	10 h.	Lévy-Solal.
	Necker	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Rouhier.
		Mercredi, Samedi	9 h.	Schwartz.
		Lundi, Mercredi	9 h.	Berger.
	Beaujon	Lundi, Vendredi	9 h. 1/2	Basset.
		Mardi 9 h. Samedi	14 h.	Levant.
		Mercredi	9 h. 1/2	Okinczyc.
	Lariboisière	Mercredi	9 h.	Houdard.
		Mercredi	10 h.	Devraigne.
		Samedi	9 h.	Sauvé.
	Laennec	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Proust.
	Bichat	Vendredi	9 h.	Mondor.
	Boucicaut	Mardi 9 h. Mercredi 18 h. Vendredi	20 h.	Ecalle.
		Vendredi	10 h.	Labey.
	Vaugirard	Lundi	9 h.	Pierre Duval
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Mardi, Samedi	9 h.	Desmarest.
	Saint-Louis	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Bazy.
		Lundi, Jeudi	10 h. 1/2	Moure.
		Mercredi	9 h.	Cathala.
	Broca	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	J.-L. Faure.
	Maternité	Lundi 20 h. 1/2. Vendredi	9 h. 1/2	Le Lorier.
		Mercredi	9 h. 1/2	Guéniot.
	Baudelocque	Mardi 9 h. et Samedi	14 h.	Couvelaire.
	Tarnier	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h. 1/2	Brindeau.
	Bretonneau	Jeudi	9 h.	Marcel Metzger
	Salpêtrière	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h. 1/2	Gosset.
Consultation prénuptiale.	*Maternité*	Samedi	9 h. 1/2	Le Lorier.
	Baudelocque	Mercredi	10 h.	Couvelaire.

				MM.
Traitement de la stérilité.	*Hôtel-Dieu*	Mercredi	9 h.	Chirié.
	Charité	Jeudi	9 h.	Vignes.
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	10 h.	Lévy-Solal.
		Mardi	10 h.	Grégoire.
	Lariboisière	Vendredi 10 h. Mardi, Jeudi et Samedi	14 h.	Devraigne.
	Boucicaut	Mardi	9 h.	Ecalle.
	Broca	Vendredi	11 h.	J.-L. Faure.
	Maternité	Lundi	9 h. 1/2	Le Lorier.
	Baudelocque	Mercredi	9 h. 1/2	Couvelaire.
	Tarnier	Jeudi	9 h. 1/2	Brindeau.
	Bretonneau	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Marcel Metzger.
Consultations chirurgicales (hommes et femmes) (membres, thorax et abdomen) Gynécologie	*Pitié*	Lundi, Mercredi	9 h. 1/2	Chevrier.
		Mercredi	9 h.	Küss.
	Cochin	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Mathieu.
	Beaujon	Lundi	9 h.	Guimbellot.
	Tenon (thorax et abdomen)	Mercredi	9 h.	Gernez.
		Mardi (hommes), Jeudi (femmes)	9 h.	Deniker.
		Vendredi	10 h.	Roux-Berger.
	Bichat	Samedi	9 h.	Mocquot.
		Mercredi	9 h.	Capette.
	Broussais	Lundi (gynécologie)	9 h.	Robert Monod.
		Jeudi (affections tumorales)	9 h.	
	Boucicaut	Mercredi (abdomen), Vendredi (gynécol.)	9 h.	Labey.
	Saint-Louis	Lundi, Vendredi	9 h. 1/2	Chifoliau.
Nourrissons.	*Ambroise-Paré* (Boulogne-sur-Seine)	Tous les jours (*sauf le Dimanche*)	9 h.	Huber.
	Enfants-Malades	Lundi	10 h.	Apert.
		Mercredi	10 h.	Weill-Hallé.
		Jeudi	10 h.	Nobécourt.
		Vendredi	10 h.	Darré.
		Samedi	10 h.	Hallé.
	Saint-Louis	Mardi	9 h.	Babonneix
	Trousseau	Jeudi	9 h.	Lesné.
	Salpêtrière	Lundi, Mercredi et Vendredi	10 h.	Ribadeau-Dumas.
	Enfants-Assistés	Jeudi, Samedi	9 h.	Lereboullet.
Rééducation des défauts de prononciation pour malformation congénitale.	*Enfants-Assistés*	Tous les jours (*sauf le Dimanche*)	9 h.	Lereboullet, Martin.
Rééducation des troubles du langage.	*Bicêtre*	Jeudi	9 h	Alajouanine.
Enfants arriérés, anormaux et retardés.	*Enfants-Malades*	Samedi	9 h.	Weill-Hallé.
	Vaugirard (Centre de neuro-psychiatrie inf.) 379, rue de Vaugirard.	Tous les jours (*sauf le Dimanche*)	9 h.	Heuyer.
Chirurgie réparatrice (malformations faciales).	*Saint-Louis*	Lundi, Jeudi	10 h. 1/2	Moure
Maladies du cuir chevelu.	*Saint-Louis*	Samedi (adultes)	9 h.	Louste.
		Tous les jours, sauf Dimanches et Fêtes (enfants)	9 h.	
Maladies cutanées et syphilitiques.	*Saint-Louis*	Lundi 9 h. et	18 h.	Milian.
		Mardi 9 h. et	18 h.	Louste.
		Mercredi	9 h	Sézary.
			18 h.	Gougerot.
		Jeudi 9 h. et	18 h.	Ravaut.
		Vendredi	9 h.	Gougerot.
			18 h.	Touraine.
		Samedi	9 h.	—
			18 h.	Sézary.
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle, Gougerot et Milian.
	Cochin	Mardi	9 h.	Paul Chevallier.
		Mardi 20 h et Mercredi	9 h.	M. Pinard.
		Jeudi 20 h. et Vendredi	9 h.	Paul Chevallier.
		Vendredi 20 h. et Samedi	9 h.	M. Pinard
	Broca. maladies cutanées	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Weissenbach.
		Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Tzanck.
		Dispensaire Fracastor :		
	Broca. syphilis	Tous les jours	9 h.	Tzanck.
		Lundi, Mercredi et Vendredi	18 h.	
		Dispensaire Fournier :		
	Broca. syphilis	Tous les jours	9 h.	Weissenbach.
		Mardi, Jeudi et Samedi	18 h. 3/4	
	Saint-Antoine	Mardi, Vendredi de 18 h. 1/2 à	20 h.	Tzanck.
	Beaujon	Lundi, Jeudi	20 h. 1/2	Louste.
	Bichat	Lundi, Vendredi	18 h. 1/2	M. Renaud.
		Mardi	9 h.	Flandin.
	Boucicaut	Lundi, Vendredi	18 h. 1/2	N..
	Tenon	Lundi, Jeudi	18 h.	Touraine.
	Laennec	Mardi, Vendredi	18 h. 1/2	Sézary.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Mardi, Vendredi	18 h.	Jacquelin.
	FEMMES ENCEINTES, MÈRES, NOURRICES ET NOURRISSONS			
	Maternité (Dispensaire antisyphilitique de la maternité)	Mardi	9 h. 1/2	Le Lorier.
	Hôtel-Dieu (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Lundi, Jeudi	9 h.	Chirié
	Pitié (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Mercredi 11 h. Samedi	16 h.	Jeannin.
	Saint-Antoine (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Mercredi, Samedi	9 h.	Lévy-Solal.
	Baudelocque (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Lundi, Mercredi	14 h.	Couvelaire et Pinard.
		Vendredi	9 h.	
	Tarnier (Dispensaire antisyphil. de la maternité).	Mercredi	10 h.	Brindeau et P. Chevallier.
	Lariboisière (Dispens. antisyphil. de la maternité).	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Devraigne.

				MM.
Maladies cutanées et syphilitiques. (*suite*)	*Necker-Enf.-Malad.* (Dispensaire antisyphilitique).	Mercredi	10 h.	Hallé.
	Bretonneau (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Jeudi	9 h.	Metzger.
		Lundi 17 h. et Jeudi	9 h. 1/2	Grenet.
	Trousseau. (Dispensaire antisyphilitique).	Mardi 18 h. et Samedi	14 h.	Lesné.
		Mercredi et Vendredi	9 h.	
	Enfants-Assistés. (Dispensaire antisyphilitique)	Mardi, Vendredi	9 h.	Lereboullet.
Maladies exotiques.	*Saint-Louis*	Lundi, Mercredi, Vendredi et Samedi.	9 h.	Gougerot.
Blennorragie.	*Lariboisière*	Tous les jours (sauf Dimanches et Fêtes) 8 h. et	17 h. 1/2	Heitz-Boyer.
	Saint-Louis	Tous les jours (sauf le Dimanche) 8 h. et	17 h. 1/2	Gouverneur.
	Broca (Disp. Fournier)	Tous les jours (sauf le Dimanche) 9 h. et	18 h. 3/4	Weissenbach.
	Tenon	Lundi, Jeudi	18 h.	Touraine.
	Ambr.-Paré (Boul.-s-S.)	Mardi, Vendredi.	18 h.	Jacquelin.
Maladies des voies urinaires.	*Charité*	Mardi	11 h.	Desplas.
	Saint-Antoine	Mardi, Vendredi	10 h.	Grégoire.
		Mercredi	10 h.	Bréchot.
	Necker	Tous les jours, même le dimanche (hommes)	9 h.	Legueu.
		Tous les jours, sauf le dimanche (femmes)	9 h.	
	Cochin	Lundi, Jeudi	9 h.	Chevassu.
	Beaujon.	Tous les jours (sauf le Samedi)	9 h.	Guimbellot.
	Lariboisière.	Tous les jours (sauf Dimanches et Fêtes) 8 h. et	17 h. 1/2	Heitz-Boyer.
	Boucicaut.	Lundi, Jeudi	9 h.	Lahey.
	Vaugirard	Lundi	9 h.	Pierre Duval.
	Saint-Louis	Tous les jours.	8 h.	Gouverneur.
	Salpêtrière	Mardi, Vendredi.	10 h.	Gosset.
Maladies des os et des articulations (Fractures).	*Charité*	Jeudi	11 h.	Desplas.
	Cochin	Mercredi, Vendredi	9 h.	Mathieu.
	Saint-Louis	Mardi	9 h.	Duvoir
Orthopédie.	*Cochin*	Mercredi, Vendredi	9 h.	Mathieu.
	Bichat	Samedi	9 h.	Mondor.
	Saint-Louis (Hôpital d'enfants).	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Picot.
	Enfants-Malades	Tous les jours (sauf le dimanche)	10 h.	Ombrédanne.
	Trousseau (pr enf. seul.).	Lundi, Mercredi, Vendredi.	9 h.	Boppe.
	Bretonneau (pr enf. seul.).	Lundi, Mercredi, Vendredi	8 h.	Leveuf.
	Enfants-Assistés. (Pour les enfants seulement).	Lundi, Mercredi, Vendredi.	9 h.	Martin.
Maladies nerveuses et mentales.	*Salpêtrière*	Lundi (maladies nerveuses).	8 h. 1/2	A tour de rôle. MM Guillain et Crouzon.
		Mardi —	8 h. 1/2	Guillain.
		Mercredi —	8 h. 1/2	Crouzon.
		Vendredi (maladies mentales).	8 h. 1/4	Vurpas.
		Samedi — (enfants)	10 h.	Barhé
	Hôtel-Dieu	Lundi (maladies nerveuses).	9 h.	Baudouin.
		Mardi —	9 h.	Sainton.
	Pitié	Mardi, Samedi — (malades anciens).	8 h 1/2	Laignel-Lavastine.
		Jeudi —	9 h.	Vincent.
	Saint-Antoine	Mardi —	9 h.	Faure-Beaulieu.
		Mercredi, Vendredi	11 h.	Comte.
		Samedi (épilepsie et maladies convulsives).	9 h. 1/2	Pagniez.
	Tenon.	Mardi (maladies nerveuses)	9 h. 1/2	Léchelle.
	Laënnec	Mardi, Vendredi —	9 h	Gautier
	Ambroise-Paré (Boulogne sur-Seine)	Mardi —	9 h. 1/2	Monier-Vinard
		Jeudi —	9 h. 1/2	Lévy-Valensi.
	Saint-Louis	Mercr., Sam. (maladies nerveuses des enfants).	9 h.	Babonneix.
		Vendredi (maladies mentales des enfants)	9 h.	
	Bicêtre	Mardi et Samedi (maladies nerveuses).	9 h.	Alajouanine.
		Vendredi (épileptiques).	11 h.	Maillard.
	La Rochefoucauld.	Lundi, Vendredi (maladies nerveuses).	9 h.	Tinel.
Maladies des yeux.	*Hôtel-Dieu*	Tous les jours	9 h.	Terrien.
	Pitié	Tous les jours (sauf les dim. et jours fériés)	9 h.	Cerise.
	Saint-Antoine	Tous les jours (sauf dimanches et fêtes	9 h.	Velter.
	Necker-Enf.-Malad.	Tous les jours (sauf les dimanches).	9 h.	Monthus.
	Cochin	Tous les jours (sauf les dimanches).	9 h.	Bollack.
	Beaujon.	Tous les jours	9 h.	Coutela
	Lariboisière	Tous les jours	8 h.	Poulard.
	Tenon	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Magitot.
	Laennec.	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Cantonnet.
	Saint-Louis	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Dupuy-Dutemps.
	Trousseau.	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Prélat.
	Ambr.-Paré (B.-s.-S.).	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Monbrun.
Maladies du larynx, du nez et des oreilles.	*Pitié*	Tous les jours (sauf les Dimanches et Fêtes).	9 h.	Ramadier.
	Saint-Antoine	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h	Grivot
	Cochin	Lundi, Mercredi, Vendredi.	9 h.	Leroux.
	Lariboisière.	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades nouveaux).	9 h.	Lemaître.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades anciens).	9 h.	
	Tenon	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Hautant.
	Beaujon.	Tous les jours (dimanche excepté)	9 h.	Baldenweck.
	Laennec	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades nouveaux).	9 h.	Bourgeois.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades anciens).	9 h.	
	Saint-Louis	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Halphen.
	Boucicaut	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Moulonguet.
	Enfants-Malades	Lundi, Mercredi et Vendredi (adultes).	9 h.	Le Mée.
		Mardi, Jeudi et Samedi (enfants)	9 h.	
	Trousseau (pr enf. seul.).	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades anciens).	9 h.	Rouget.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades nouveaux).	9 h.	
	Bretonneau (pr enf. seul.).	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades anciens).	9 h.	André Bloch.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades nouveaux).	9 h.	
	Hérold	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Huet.
	Ambr.-Paré (B.-s.-S.).	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Bouchet.



Le Pansement de marche
ULCÉOPLAQUE-
ULCÉOBANDE
DU Dr MAURY
CICATRISE RAPIDEMENT
LES PLAIES ATONES
ET LES ULCÈRES VARIQUEUX
LABORATOIRE SÉVIGNÉ, 76, RUE DES RONDEAUX, PARIS (XXe)
ULCÉOSINE
ARTÉRIO-SCLÉROSE - PHLÉBITE CHRONIQUE - VARICES ULCÈRES VARIQUEUX - INSUF. HÉPATIQUE ET RÉNALE
ULCÉOSOL
POMMADE
ECZÉMA VARIQUEUX SEC - PRURIGO
ULCÉOSOL
POUDRE
ECZÉMA VARIQUEUX SUINTANT
EPA

				MM.
Maladies des voies respiratoires.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h. 1/2	Halhron.
	Charité	Samedi	9 h. 1/2	Sergent.
	Saint-Antoine	Samedi (asthme et emphysème)	9 h.	Bezançon.
		Jeudi (Centre de triage antituberculeux, 28, rue de Citeaux) 8 h. à	9 h.	
	Necker	Jeudi	9 h.	Loederich.
	Cochin (Disp. et centre de triage antituberculeux.)	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Ameuille.
	Beaujon	Mercredi	16 h. 1/2	Dehré.
	(Centre de triage antituberculeux.)	Lundi, Mardi, Mercredi, Vendredi, Samedi	9 h. 1/2	
	Lariboisière	Jeudi	9 h.	Gandy.
	Tenon (Centre de triage antituberculeux.)	Mardi (hommes), Jeudi (femmes), Vendredi (hommes et femmes)	9 h.	Pruvost.
	Laennec (Dispensaire Léon Bourgeois, 65, rue Vaneau) (Centre de triage antituberculeux).	(Femmes) Mardi 9 h. et Mercredi	14 h.	Rist.
		(Hommes) Mercredi 14 h. et Vendredi	9 h.	
		(Femmes) Lundi 14 h. et Jeudi	9 h.	Léon-Bernard.
		(Hommes) Lundi 14 h. et Samedi	9 h.	
	Bichat	Lundi, Mercredi, Vendredi (asthme)	9 h.	Pasteur Vallery-Radot.
		Mardi, Jeudi, Vendredi	9 h.	Faroy.
	Boucicaut (Centre de triage antituberculeux.)	Lundi, Jeudi	9 h. 1/2	Courcoux.
	Consultation pour les maladies des voies respiratoires	Mercredi (hommes et femmes)	9 h.	
	Salpêtrière	Vendredi (femmes)	9 h.	Léon-Kindberg.
	Ivry	Samedi	10 h.	Jacob.
Maladies du cœur et des vaisseaux.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h. 1/2	Halhron.
	Pitié	Vendredi	9 h.	Aubertin.
	Charité	Jeudi	9 h.	Tixier.
	Necker	Mercredi	9 h.	Brouardel.
	Beaujon	Mercredi, Samedi (Maladies des veines : varices, hémorroïdes)	9 h.	Troisier.
	Lariboisière	Mardi	9 h. 1/2	Clerc.
	Tenon	Mardi, Vendredi	9 h.	Lian.
	Laennec	Lundi	9 h.	René Bénard.
	Bichat	Mardi, Vendredi (hémorroïdes)	10 h.	Capette.
		Mercredi, Samedi (Maladies des veines : varices, hémorroïdes	9 h. 1/2	Flandin.
	Broussais	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Laubry.
	Saint-Louis	Lundi	9 h.	Duvoir.
Maladies du sang.	*Cochin*	Lundi	9 h.	Paul Chevallier.
	Saint-Antoine	Mercredi	9 h.	Pagniez.
	Bichat	Jeudi	10 h.	Boidin.
	Broca	Jeudi	9 h.	Tzanck.
Maladies du tube digestif (estomac, intestin)	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi, Vendredi (estomac, intestin et foie)	9 h.	Carnot.
		Mardi, Jeudi, Samedi (anus et rectum)	9 h.	
		Mercredi	9 h.	Cunéo.
	Pitié	Lundi	9 h.	Baumgartner.
		Lundi, Mercredi	9 h.	Loeper.
		Mardi, Mercredi, Jeudi, Vendredi	9 h. 1/2	Chevrier.
	Charité	Lundi	9 h.	Desplas.
		Jeudi	9 h.	Richet.
	Saint-Antoine	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Chabrol.
		Jeudi (estomac et duodénum)	8 h 1/2	F. Ramond.
		Mardi, Mercredi, Samedi	8 h 1/2	
	Necker	Mardi	9 h.	Schwartz.
		Mercredi	9 h. 1/2	Villaret.
	Beaujon	Vendredi	9 h.	Stévenin.
		Mercredi (Malades anciens), Samedi (Malades nouv.)	9 h.	Harvier.
		Mercredi (consultation chirurgicale)	9 h. 1/2	Okinczyc.
		Mercredi, Samedi (gastro-photographie)	9 h.	Aubourg.
	Lariboisière	Mardi	9 h.	Sauvé.
		Mercredi	9 h.	Cadenat.
		Vendredi	9 h.	Herscher.
		Samedi	9 h.	Houdard.
	Tenon	Lundi. Jeudi (intestin)	9 h.	Brulé.
	Laennec	Mercredi (consult. médico-chirurgicale)	9 h. 1/2	N..
	Bichat	Mardi, Vendredi	9 h.	Chiray.
		Lundi, Mercredi, Jeudi	9 h.	Faroy.
		Mardi	9 h.	Mondor.
	Broussais	Lundi	9 h.	Robert Monod.
	Boucicaut	Mardi, Vendredi	9 h.	Trémolières.
	Vaugirard	Mardi, Mercredi, Jeudi	9 h.	Pierre Duval.
	Saint-Louis	Lundi, Jeudi	10 h. 1/2	Moure.
	Salpetrière	Lundi, Mardi, Vendredi	9 h. 1/2	Gosset.
	Ménages (Issy-les-Moulineaux)	Jeudi	9 h.	Brodin.
	Ivry	Lundi, Mercredi, Jeudi, Samedi	9 h. 1/4	André Cain.
Maladies de la nutrition (diabète, goutte, obésité).	*Hôtel-Dieu*	Samedi	9 h.	Baudouin.
	Pitié	Lundi (hommes et femmes), Mercredi (femmes), Vendredi (hommes)	9 h. 1/2	M. Labbé.
		Mardi, Vendredi	9 h.	Rathery.
	Charité	Jeudi	9 h.	Richet.
	Necker	Mercredi	9 h. 1/2	Villaret.
	Tenon	Lundi, Mercredi	9 h.	Laroche.
		Jeudi	9 h. 1/2	May.
	Laennec	Mardi, Vendredi	9 h. 1/2	Gautier.
	Broussais	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Abrami.

Maladies du foie et des voies biliaires.	*Pitié*	Lundi (hommes et femmes), Mercredi (femmes). Vendredi (hommes)	9 h. 1/2	MM. M. Labbé.
	Charité	Lundi	9 h.	Desplas.
		Samedi	9 h.	Fiessinger.
	Saint-Antoine	Mercredi	9 h.	Chabrol.
	Necker	Mercredi	10 h.	Brouardel.
		Mercredi	9 h. 1/2	Villaret.
	Beaujon	Lundi	9 h.	Guimbellot.
	Lariboisière	Jeudi	10 h.	Garnier.
		Mercredi	9 h.	Cadenat.
		Vendredi	9 h.	Herscher.
		Samedi	9 h.	Houdard.
	Tenon	Lundi, Jeudi	9 h.	Brulé.
	Bichat	Mardi	9 h.	Mondor.
		Mardi, Vendredi	9 h.	Chiray
	Broussais	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Abrami.
	Saint-Louis	Lundi, Jeudi	10 h. 1/2	Moure.
	Ménages (Issy-les-Moulineaux)	Jeudi	9 h.	Brodin.
	Bicêtre	Samedi	9 h.	Moreau.
Maladies du rein.	*Pitié*	Mercredi	9 h.	Rathery.
	Necker	Mercredi	10 h.	Brouardel.
	Cochin (consultation chirurgicale)	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Chevassu.
	Tenon	Mardi, Vendredi	9 h.	Lian.
	Broussais	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Abrami.
	Saint-Louis	Lundi	9 h.	Duvoir.
	Bicêtre	Samedi	9 h.	Moreau.
Maladies des glandes endocrines.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h.	Sainton.
	Pitié	Vendredi	9 h.	Marcel Labbé.
	Charité	Jeudi	9 h.	Richet.
		Mardi, Jeudi, Samedi	11 h.	de Gennes,
	Beaujon	Jeudi	9 h. 1/2	Stévenin.
	Tenon	Lundi, Mercredi	9 h.	Laroche.
		Jeudi	9 h. 1/2	May.
	Laennec	Lundi (corps tyroïde)	9 h.	Proust.
		Mercredi	9 h.	René Bénard.
	Bicêtre	Jeudi	10 h.	Nicaud.
Rhumatismes.	*Pitié*	Mardi, Vendredi	9 h.	Rathery.
		Jeudi	9 h.	Labbé.
	Cochin	Lundi, Jeudi	9 h.	Achard.
	Saint-Antoine	Mardi, Jeudi	9 h.	Bezançon.
	Bicêtre	Lundi, Vendredi	9 h.	Alajouanine.
Intoxications (Anaphylaxie).	*Charité*	Jeudi	9 h.	Richet.
	Bichat	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h. 1/2	Pasteur Vallery-Radot.
Maladies justiciables d'un envoi aux stations thermales et climatiques	*Necker*	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h. 1/2	Villaret.
Consultation de physiothérapie.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Carnot.
Consultations dans les Services de Radiumthérapie. (Maladies justiciables d'un traitement par la curiethérapie et les Rayons X pénétrants.)	*Hôtel-Dieu*	Lundi	15 h.	Cunéo.
		Jeudi	9 h.	
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	9 h.	Bréchot.
	Necker	Mardi, Vendredi	9 h.	Berger.
	Lariboisière	Lundi, Vendredi	9 h.	Houdard.
	Tenon	Lundi (hommes)	10 h.	Gernez.
		Vendredi (femmes)	10 h.	
	Salpêtrière	Tous les jours	9 h.	Gosset.
Maladies des dents.	*Hôtel-Dieu*	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Béliard.
	Pitié	Lundi, Mercredi, Jeudi, Samedi (Malades nouv. et opérations)	9 h.	Bozo.
		Tous les jours (traitement et pansement)	9 h.	
	Charité	Mardi, Samedi	9 h.	Maurel.
	Saint-Antoine	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Thibault.
	Cochin	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Lebedinsky.
	Beaujon	Mardi, Samedi	9 h.	Schaefer.
	Lariboisière	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Rousseau-Decelle.
	Tenon	Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi, Vendredi	9 h.	Lacronique.
	Laennec	Mardi, Samedi	9 h.	Darcissac.
	Boucicaut	Mardi, Vendredi	9 h.	Fargin-Fayolle.
	Vaugirard	Mardi, Samedi	9 h.	L'Hirondel.
	Saint-Louis	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Mahé.
	Necker-Enf.-Malad.	Mardi, Jeudi Vendredi (enfants)	9 h.	Gornouec.
		Lundi, Mercredi. Vendredi (adultes)	9 h.	
	Bretonneau	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Izard.
	Trousseau	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Lemerle.
	Hérold	Jeudi	9 h. 1/2	Ruppe.
	Enfants-Assistés	Mardi, Jeudi, Vendredi	9 h. 1/2	Boissier.

Délivrance aux personnes munies d'un certificat émanant du Bureau de Bienfaisance de leur Arrondissement.

d'Appareils orthopédiques,	*Hôtel-Dieu*	Mercredi	10 h.	Mathieu.
de Bandages.	*Hôtel-Dieu*	Mardi, Samedi	10 h.	Brocq.

LISTE

des Congrès et Manifestations médicales en 1933

3-5 Juillet. — ***VIe Congrès provincial d'hygiène publique et sociale, Nancy.***

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Contrôle préventif de la santé chez les adolescents. Rapporteurs : MM. Parisot et Merklen.

2° La morbidité des maladies vénériennes. Rapporteurs : MM. J. Benech et A. Spillmann.

3° Evacuation des matières usées des grandes agglomérations. Rapporteurs : MM. Llaget et Aublant.

S'adresser pour s'inscrire à M. Jean Benech, terre plein Saint-Epvre, Nancy.

4-9 Juillet. — ***Congrès international pour la protection de l'Enfance, Paris.***

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Les consultations prénatales.

2° De l'importance de l'éducation technique des mères dans la lutte contre la mortalité infantile.

3° Surveillance du développement physique de l'enfant à la période scolaire.

4° Surveillance du développement physique de l'enfant de 14 à 18 ans.

5° Sur les moyens pratiques d'apprendre un métier aux anormaux psychiques et d'en favoriser l'exercice.

6° L'Assistance sociale à l'enfant d'âge scolaire.

7° Organisation de la tutelle légale des enfants naturels.

8° Questions se rapportant à la protection maternelle et infantile et n'entrant pas dans le cadre des questions proposées par les autres sections.

Secrétariat général : 26, boul. de Vaugirard, Paris (15e).

9-15 Juillet. — ***Congrès international des infirmières, Paris-Bruxelles.***

Questions mises à l'ordre du jour :

La responsabilité de l'infirmière vis-à-vis des conseils du médecin. L'infirmière et ses relations avec le patron et l'employé. Les heures de travail dans les hôpitaux publics.

Secrétariat du Congrès : 6, rue François-Ier, Paris

11-15 Juillet. — ***Congrès triennal international d'urologie, Londres.***

Questions mises à l'ordre du jour :

Urographie par voie descendante.

Rapporteurs : MM. Von Lichtenberg (Berlin), Ravasini (Trieste), Ogier-Ward (Londres).

Tumeurs du bassinet et de l'uretère.

Rapporteurs : MM. Pascual (Madrid), Van den Branden (Bruxelles), Swit Joly (Londres).

Chirurgie du col vésical.

Rapporteurs: MM. Marion (Paris), Weijtland (Amsterdam), Kenneth Walker (Londres).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

17-18 Juillet. — ***Journées orthopédiques de Paris.***

Programme :

Séances opératoires. Démonstrations et présentations.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Roederer, 10, rue de Pétrograd, Paris.

19 Juillet. — ***Journée orthopédique de Berck.***

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Delahaye, hôpital maritime de Berck (Pas-de-Calais).

19-22 Juillet. — ***IIe Congrès de la Société internationale de Chirurgie orthopédique, Londres.***

Questions mises à l'ordre du jour :

Le mécanisme des mouvements articulaires en général.

Rapporteurs : MM. von Bayer (Allemagne), Delitala (Italie), Scherb (Suisse).

Le traitement des coxites tuberculeuses.

Rapporteurs : MM. Erlacher (Autriche), Maffei (Belgique), Henderson (Etats-Unis), Sorrel (France).

Secrétariat : c/o The Royal Society of Medicine, 1, Wimpole Street, Londres W1.

20-21 Juillet. — ***IIIe Congrès international de Pédiatrie, Londres.***

Questions mises à l'ordre du jour :

a) Nature de l'allergie et son rôle dans les maladies des enfants.

b) Prophylaxie des maladies dues au lait.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Robert Pierret, secrétaire, 95, av. Kléber, Paris (16e).

24-26 Juillet. — ***IIIe Congrès de la Societas O.-R.-L. Latina, Paris.***

Rapport : Les surdités nerveuses.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Chavanne, 5, place des Cordeliers, Lyon.

24-31 Juillet 1934. — ***IVe Congrès international de Radiologie, Zurich.***

A séance d'ouverture :

Rapport sur l'organisation de la lutte contre le cancer dans les différents pays.

B. Séances plénières.

1° Radiodiagnostic des tumeurs des os.

2° Vasographie.

3° Aspect radiologique du développement de la tuberculose pulmonaire.

4° Radiothérapie du cancer de l'utérus.

5° Radiothérapie des cancers de la cavité buccale et du pharynx.

6° Radiogénétique.

7° Radiations mitogénétiques.

8° Analyse de la structure cristalline.

9° Le problème de l'unification du dosage en rœntgenthérapie et curiethérapie.

10° Les radiations cosmiques.

11° Les ondes courtes de haute fréquence en thérapeutique.

Secrétaire général : M. H. E. Walther, Gloriastrasse 14, Zurich (Suisse).

20 au 26 Août. — ***IIIe Congrès international de Cytologie expérimentale, Cambridge.***

Secrétariat : M. H. B. Fell, Strangeways Research Laboratory, Cambridge, Angleterre.

7-9 Septembre. — ***Congrès national des Médecins amis du vin de France, Bordeaux***

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Fagouët, 57, Cours Georges-Clemenceau, Bordeaux.

18-20 Septembre. — ***Congrès de l'Insuffisance rénale, Evian.***

Secrétariat du Congrès, Société des Eaux d'Evian, 21, rue de Londres, Paris.

4-8 Octobre. — ***XIVe Congrès international d'Hydrologie, de Climatologie et de Géologie médicales, Toulouse.***

Rapports présentés :

1° Les eaux thermo-minérales des Pyrénées françaises et leur groupement géologique, par MM. Mengaud, Astré et Bataler.

2° Cures climatiques et tuberculoses pulmonaires, par MM. Piery et Burnand.

3° Indications des cures stimulantes chez les enfants, par MM. Galland, Jaubert, Capelle, Cany, Larrouy, du Pasquier et Delcourt.

4° Infections non suppurées primitives du système nerveux; étude d'ensemble et traitement hydrominéral, par MM. Riser, Planques, Ménard, Macé de Lepinay et Sir Purves-Stewart.

5° Les gaz rares des eaux minérales, par MM. Lepape et Nasini.

6° L'utilisation des ressources hydrominérales françaises par le service de santé militaire, par MM. Hugonot et Andrieu.

7° Mesures légales de contrôle des Eaux minérales, par M. Timbal.

Pour s'inscrire, s'adresser à M. le prof. Valdiguié, Faculté de Médecine, allées Saint-Michel, Toulouse (Haute-Garonne).

5-7 Octobre. — ***VIIIe Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française, Paris.***

Rapports présentés :

1° Traitement chirurgical du placenta prævia.

Rapporteurs : MM. Paucot et Reeb.

2° Tuberculose utéro-annexielle chez la femme.

Rapporteurs : MM. Brocq, Moulonguet, Claude Béclère et Rochat.

3° Traitement des suites de la ménopause provoquée.

Rapporteurs : MM. Van Cauwenberghe, L. Brouha et Massabuau.

Secrétariat : M. P. Lantuéjoul, 57 avenue de Ségur, Paris, 7e.

9 Octobre. — ***XXXIIIe Congrès français d'Urologie, Paris.***

Questions mises à l'ordre du jour :

Valeur des méthodes de traitement de l'hypertrophie de la prostate, en dehors de la prostatectomie.

Rapporteurs : MM. Fey et Dossot (Paris)

Secrétaire général : Dr Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

9-14 Octobre. — *XLIIe Congrès de l'Association française de Chirurgie, Paris.*

Rapports présentés :

1° Chirurgie des parathyroïdes par MM. Welti et Jung.

2° Traitement chirurgical des fractures fermées de la base du crâne, par MM. Lenormant et Wertheimer.

3° Traitement chirurgical des hémorragies des ulcères gastroduodénaux, par MM. Wilmoth et Papin.

Secrétariat général : 12, rue de Seine.

12-13 Octobre. — *Réunion plénière de la Société anatomique de Paris.*

Sujets mis à l'ordre du jour :

L'Hémorragie cérébrale.

Premier rapport. — *Etude expérimentale :* M. Deelmann (Groningue).

Deuxième rapport. — *Etude anatomo-pathologique :* M. Schwartz (Francfort-sur-le-Mein).

Troisième rapport. — *Etude physio-pathologique :* M. *Lhermitte* (Paris).

Anatomie médico-chirurgicale des pédicules nerveux de l'appareil viscéral.

Premier rapport. — *Systématisation macroscopique :* M. Delmas (Montpellier).

Deuxième rapport. — *Etude microscopique :* M Kiss (Szeged).

Secrétaire général : Dr Huguenin, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

12-14 Octobre. — *Réunion annuelle des Médecins électro-radiologistes de langue française, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Technique et résultats cliniques de l'exploration radiologique de la muqueuse du gros intestin.

Rapporteurs : MM. Ledoux-Lebard et Garcia Calderon (Paris), MM. Gilbert et Kadrnka (Genève).

2° Les ondes courtes et les ondes ultra-courtes en thérapeutique.

Rapporteur : M. le professeur Réchou (Bordeaux).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouard, Paris.

13 Octobre. — *XVe Congrès français d'Orthopédie, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche.

Rapporteur : M. Mutel.

2° Arthrite sèche de la colonne vertébrale.

Rapporteur : M. A. Richard.

Secrétariat général : M. le prof. Rocher, Faculté de Médecine, Bordeaux (Gironde).

23-25 Octobre. — *Ier Congrès français de Thérapeutique, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

Section de Médecine : *Traitement parentéral de l'ulcus gastro-duodénal,* prof. Devoto (Milan) : Le traitement chimique général de l'ulcus. — M. Moutier (Paris) : La vaccinothérapie de l'ulcus. — M. Debray (Paris) : Organothérapie et opothérapie de l'ulcère de l'estomac. — M. Schulmann (Paris) : Les médicaments de l'ulcus syphilitique.

Traitement des colibacilloses : prof. Fourneau (Paris) : les antiseptiques chimiques; leur application et leur action. — Prof. H. Vincent, prof. ag. Chevassu, MM. Jacquet et Baruk (Paris) : La sérothérapie des colibacilloses. — M. Hauduroy (Paris) : Les vaccins et le bactériophage dans les colibacilloses.

Section de Pharmacodynamie : *Les adrénalines :* prof. Tiffeneau (Paris) : Etude chimique et pharmacodynamique des adrénalines. — M. Dorlancourt (Paris) : Les voies d'introduction de l'adrénaline dans l'organisme

Les associations médicamenteuses : prof. Burgi (Berne : Associations et adjuvances. — Prof. Zunz (Bruxelles) : Les antagonismes en thérapeutique. — MM. Guy Laroche et Simonnet (Paris) : Les associations hormonales et chimio-hormonales.

Section de Physiothérapie : *Les radiodermites :* prof. Bordier (Lyon) : La production des radiodermites et les moyens de les éviter. — M. Milian (Paris) : Le traitement des radiodermites constituées.

La thermothérapie : prof. Binet (Paris) : Etude physiologique de la thermothérapie. — M. Dognon (Paris) : L'électropyrexie par les ondes courtes; technique et résultats. — MM. Crouzon, Michaux et Mollaret (Paris) : La pyrétothérapie chimique; ses résultats actuels par rapport aux autres procédés de pyrétothérapie.

S'adresser : à M. G. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris, (6e).

23-25 Octobre. — *Congrès international d'Hygiène (XXe Congrès annuel d'Hygiène), Paris.*

Rapports présentés :

1° Les grands travaux d'hygiène publique et la crise économique.

2° La coordination des efforts dans la lutte antituberculeuse.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Dufaure, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris.

25-30 Octobre. — *Congrès international de la lutte scientifique et sociale contre le Cancer, Madrid.*

Rapports présentés :

Section scientifique : Biologie de la cellule cancéreuse. Diagnostic précoce du cancer. Traitement du cancer. Tumeurs du système nerveux.

Section sociale : Cancer professionnel. Statistique du cancer. Organisation de la lutte contre le cancer. Prophylaxie anticancéreuse.

Conférences.

Secrétariat général : M. Julio Béjarano, Atocha 104, Madrid (Espagne).

27-28 Octobre. — *IIe Congrès européen pour l'Hygiène mentale, Rome.*

Rapporteurs : M. Medea, pour l'Hygiène mentale et l'Ecole ; M. Lev, pour l'assistance extra-hospitalière donnée aux malades mentaux et aux déments des asiles cliniques psychiâtriques ; M. Roemer, pour les responsabilités de la famille dans l'hygiène mentale.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue Italienne d'Hygiène et Prophylaxie mentale, via Masaccio, 119, Florence.
